

**Omstillingsprogrammet  
Innsatsområde 1**

# **Hovedstadsprosessen**

**Sluttrapport**

**Helse Sør-Øst**

**Juni 2008**

<b>Sammendrag</b>	<b>iv</b>
<b>Innledning</b>	<b>1</b>
<b>Oppdraget fra Stortinget</b>	<b>1</b>
<b>Visjonen</b>	<b>2</b>
<b>Utfordringer</b>	<b>2</b>
<b>Pasientenes behov - nå og i fremtiden</b>	<b>2</b>
<b>Kvalitet</b>	<b>3</b>
<b>Pasientforløp</b>	<b>3</b>
<b>Forebygging</b>	<b>4</b>
<b>Uhensiktsmessig sykehusstruktur</b>	<b>4</b>
<b>Kapasitet</b>	<b>5</b>
<b>Evaluerings av sykehusreformen</b>	<b>6</b>
<b>Oppsummering – et stort behov for prioritering og omstilling</b>	<b>6</b>
<b>Ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper</b>	<b>7</b>
<b>Prosess og forankring fase I og II</b>	<b>8</b>
<b>Brukerinnspill</b>	<b>9</b>
<b>Ansatte</b>	<b>10</b>
<b>Tidsperspektiv</b>	<b>10</b>
<b>Prosess etter styremøtet i juni (fase III)</b>	<b>11</b>
<b>Status, mål og anbefalinger</b>	<b>11</b>
<b>Lokalbaserte funksjoner</b>	<b>12</b>
Anbefalinger for videre arbeid	13
<b>Sykehusstruktur</b>	<b>14</b>
Etablering av og inndeling i sykehusområder	14
Koordinering og styring innenfor sykehusområder	17
Særskilt om private	20
<b>Samhandling med kommuner/bydeler</b>	<b>22</b>
Anbefalinger for videre arbeid	23
<b>Prehospitaltjenester</b>	<b>23</b>
Anbefalinger for videre arbeid	24
<b>Akuttfunksjoner og akuttmottak</b>	<b>24</b>
Anbefalinger for videre arbeid	26
<b>Regionale og spesialiserte funksjoner</b>	<b>27</b>
Regionale funksjoner	27
Spesialiserte funksjoner	29
Spesialisert rehabilitering	31
Regionale kompetansesentra	33

<b>Pasientopplæring og lærings- og mestringstilbud</b>	<b>33</b>
<b>Rus og psykisk helsevern</b>	<b>34</b>
Rus	34
Anbefaling til videre arbeid	35
Psykisk helsevern	36
Anbefaling til videre arbeid	37
<b>Barn</b>	<b>37</b>
Anbefaling til videre arbeid	38
<b>Særskilt om sykehusområde Sentrum</b>	<b>38</b>
Modeller for struktur på tjenestetilbudet og innspill til dette	40
Organisasjonsstruktur og ledelse	43
Storbylegevakt	44
Anbefalinger for videre arbeid	44
<b>Felles kontaktpunkt for brukere/publikum</b>	<b>46</b>
<b>Kompetanse- og fagutvikling</b>	<b>46</b>
Anbefalinger til videre arbeid	47
<b>Universitetsfunksjoner</b>	<b>47</b>
<b>Utdanning og forskning</b>	<b>48</b>
Anbefalinger til videre arbeid	50
<b><i>Bedre bruk av de samlede ressurser</i></b>	<b>50</b>
<b><i>Evaluering</i></b>	<b>51</b>
<b><i>Konsekvenser/risiko</i></b>	<b>52</b>
<b>Overordnede konsekvensvurderinger</b>	<b>52</b>
Kompenserende tiltak	53
<b>Risikovurdering/konsekvensvurdering på ulike nivåer</b>	<b>54</b>

# Sammendrag

## Utfordringer

Til tross for at de aller fleste pasienter er fornøyd med behandlingen de får i norske sykehus, er det behov for å gjøre omstillinger for å møte morgendagens behov. Det blir flere eldre, og selv om flertallet av de eldre er friske, bidrar flere eldre til at blir flere syke totalt sett. Det blir blant annet flere med kroniske og sammensatte lidelser og flere får kreft. Mange eldre har behov for helsepersonell og tjenester med en bred tilnærming, slik at helheten i deres lidelser og livssituasjon ivaretas. Samtidig utvikles det nye behandlingsmetoder som øker behovet for spesialisering innenfor flere medisinske fagområder. Dette kommer i tillegg til at dagens sykehusstruktur og oppgavefordelingen mellom sykehusene ble utviklet i en tid hvor både kunnskap og infrastruktur, herunder både veier og informasjonsteknologi, var svært annerledes enn den er i dag.

## Program for omstilling

I forbindelse med sammenslåingen mellom Helse Sør og Helse Øst fikk det sammenslåtte foretaket i oppdrag å bedre samordning i hovedstadsområdet. Dette ble vedtatt som ett av flere innsatsområder i et større program for omstilling (styresak 068/2008). Endringer i hovedstadsområdet vil påvirke tjenestetilbudet i hele regionen, og på denne bakgrunn ønsket alle foretakene å være med og forme det fremtidige tjenestetilbudet. Gjennom brede dialogseminar og faggrupper ble en rekke prinsipper for utforming av tjenestetilbudet i lokalbaserte og spesialiserte tjenester utviklet og lagt frem for styret i Helse Sør-Øst i april (styresak 038/2008). Et viktig element var å etablere større sykehusområder hvor flere sykehus skulle samarbeide om tjenestetilbudet. I den videre prosess frem mot juni ble det lagt opp til at helseforetakene innenfor det enkelte sykehusområde skulle vurdere hvordan tjenestetilbudet skulle utvikles på kort og lang sikt, for å strekke seg mot det målbildet som ble tegnet i styresaken. Den foreliggende rapporten er en oppsummering av prosessen. I rapporten synliggjøres på hvilke områder det er behov for å iverksette supplerende aktiviteter for å bringe tjenestetilbudet i ønsket retning. Rapporten har størst fokus på å belyse generelle forhold som kommer til anvendelse for oppfølging av flere fagområder, fremfor å beskrive tiltak innenfor enkelte fagområder. Det er en forventning, både fra eier og styret i Helse Sør-Øst, om at de størst endringene skal skje i sykehusområdet Sentrum. Dette området blir derfor beskrevet særskilt.

## Helhetlig tjenester

Morgendagens tjenester må innrettes slik at den enkelte pasient får et trygt og faglig godt tilbud uten unødig venting, enten det gjelder akutte tilstander, oppfølging av kroniske lidelser eller diagnostikk, behandling og oppfølging av mer sjeldne og komplekse sykdomstilstander. Samtidig må det være kvalitet i alle ledd i tjenesten. For pasienten er det ikke viktig om det er kommunen eller spesialisthelsetjenesten som er tjenesteleverandør, men pasienten har behov for at alle arbeider sammen for å dekke pasientens behov. Dette betyr at det ikke er nok at den enkelte tjenesteyter eller enhet er god på sine oppgaver. Kvaliteten viser seg gjennom hvordan helheten av tjenester innen somatikk, rus og psykisk helsevern, fra kommunehelsetjenesten, lokalsykehus og spesialiserte sykehus med regions- og landsfunksjoner, evner å trekke samme vei og levere et helhetlig tilbud til pasientene. Helse Sør-Øst har gjennom det pågående arbeidet satt fokus på hvordan sykehusstrukturen, funksjons- og oppgavefordeling, samt koordinering på tvers, skal tilrettelegge for den enkelte tjenesteutøver, slik at tilbudet oppleves som helhetlig for brukeren.

## Etablering av sykehusområder, koordinering av kompetanse

Etableringen av syv sykehusområder skal gi et mer forpliktende samarbeid mellom sykehus, som skal legge til rette for en helhetlig pasientbehandling. Tjenestene skal differensieres i lokalbaserte og spesialiserte funksjoner. En slik organisering skal sikre at et sykehusområde med en befolkning på omlag 3-500 000 kan yte 80-90% av alle tjenester. Dette vil sikre robuste fagmiljøer og en desentralisert spesialisthelsetjeneste i hele regionen. Det legges frem ulike samhandlingsmodeller for å sikre tilstrekkelig koordinering av tjenestene innenfor et sykehusområde. I tillegg legges opp til samhandling og koordinering med kommunene og fastlegene, slik at rutiner for pasienttilbudet fremstår på en oversiktlig og forutsigbar måte for alle pasienter innenfor ett område. Det legges også opp til en mer fleksibel utveksling av kompetanse/personell slik at kompetanse sikres også i de mindre og mer desentraliserte fagmiljøene.

### Lokalbaserte tjenester

Gode lokalbaserte tjenester skal sikre nødvendig breddekompetanse, slik at behovene til pasienter med vanlige sykdommer og sammensatte lidelser blir ivaretatt. For å få dette til legges det opp til at tilbudet innen somatikk, psykisk helsevern og rus i større grad samordnes på lokalsykehus, og at det utvikles et bredt tilbud innenfor polikliniske og ambulante tjenester. Samhandling med kommunen står sentralt, og det legges opp til å øke samhandlingsaktivitetene blant annet innenfor kompetanseutveksling, felles tjenestetilbud innenfor akuttjenester, intermedisæravdelinger mv.

### Akutfunksjoner og spesialiserte tjenester

De faglige rådene fra dialogkonferansene tilsier en større grad av samling av akutfunksjoner innen kirurgi og ortopedi og av spesialiserte funksjoner innen alle fagområder. Begrunnelsen er at det i dialogseminarene er pekt på at det for disse funksjonene er nødvendig med et større befolkningsgrunnlag enn det mange helseforetak i dag har, for å kunne yte tjenester av god kvalitet. Fagfolk og behandlingsteam trenger å behandle flere pasienter for å få tilstrekkelig trening til å levere tjenester av god kvalitet. Kreftbehandling har ofte vært nevnt, men dette gjelder også andre tjenester, fremfor alt kirurgiske prosedyrer. I tillegg har det kommet frem at det innenfor mange fagområder finnes avhengigheter til andre fag, slik at flere spesialiserte tjenester bør være samlokalisert for å kunne gi et godt tverrfaglig tilbud.

Dersom anbefalingene fra dialogseminarene legges til grunn er det behov for en sentralisering av mange spesialiserte funksjoner innenfor det enkelte sykehusområdet. Gjennomgangen fra sykehusområdene bekrefter bildet av at det er mange enheter med lavere pasientvolum enn anbefalingene tilsier. Det er allikevel ikke bred oppslutning i sykehusområdene for å samle disse tjenestene i den grad de faglige rådene tilsier. Flere sykehus ønsker å opprettholde et bredt tilbud også innen spesialiserte tjenester.

Når det gjelder akutfunksjoner innen kirurgi og ortopedi ble det i de faglige rådene som ble gitt Helse Sør-Øst, understreket at sentralisering for å oppnå optimale pasientvolumer må veies mot andre hensyn, som reisetider mellom sykehus og andre lokale forhold. Hva som er en faglig god organisering må derfor vurderes i det enkelte tilfelle og avklares gjennom gode prosesser lokalt. Dette er understreket i Revidert nasjonalbudsjett for 2008, der akutfunksjoner er gitt en bred omtale. Regjeringen foreslår her å etablere lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehus, for å sikre kvalitet i det akuttmedisinske tilbudet. Videre foreslår Regjeringen veiledende faglige standarder for akutfunksjonene ved lokalsykehus.

Som når det gjelder spesialiserte tjenester, er det liten oppslutning i sykehusområdene om å samle akutfunksjoner innen kirurgi og ortopedi ett sted. I den situasjonen man nå er i, der det er under utvikling nasjonale standarder for akutfunksjoner både på det indremedisinske og det kirurgiske området, jf. Regjeringens framlegg i RNB, finner Helse Sør-Øst det riktig å være tilbakeholden med å pålegge sykehusområdene å gjennomføre samlingsprosesser som det lokalt ennå ikke er utviklet faglig og politisk enighet om. Særlig i områder med lange

reiseavstander og transporttider mellom sykehusene, og der akuttfunksjonene eventuelt også er lokalisert i ulike fylker, er det behov for lokale prosesser og forankring.

For å kompensere for at det på kort sikt, og trolig også på noe lengre sikt, ikke vil finne sted en samling av kirurgiske og ortopediske akuttfunksjoner og av spesialiserte funksjoner for øvrig innenfor sykehusområdene, er det behov for tiltak for å sikre faglig kvalitet. Det viktigste tiltaket vil være en faglig koordinering på tvers av de tjenestestedene som tilbyr slike tjenester. Dette legger Helse Sør-Øst opp til.

### Regionale funksjoner

Noen funksjoner bør, ut fra faglige eller teknologiske/driftsmessige hensyn, finnes bare ett sted i regionen. For enkelte funksjoner/fagområder er det faglig enighet om at de bare bør finnes ett sted, men for mange funksjoner har det ikke vært et entydig faglig råd om dette. Dialogseminarene har gitt viktige bidrag for å avklare dette, men det er behov for videre arbeid innenfor mange fagområder.

For å sikre gode faglige råd i det fremtidige arbeidet med de mest spesialiserte tjenestene, legger Helse Sør-Øst opp til at de regionale fagavdelingene skal ha et rådgivningsansvar. Dette ansvaret skal ivaretas gjennom etablering av nettverk/fagråd. Rådene skal legges til grunn når Helse Sør-Øst RHF utformer driftsavtaler til helseforetakene.

### Sykehusområde Sentrum

Det er i Sentrum at det har vært forventet størst endringer, og dette har vært utredet særskilt (jfr Rapport område Sentrum). Ved gjennomgang av status sett i forhold til de premissene som ble lagt til grunn i styresaken i april, og dermed synliggjøring av gap, fremkommer at det er behov for en større differensiering av tjenestene med klarere lokalsykehusfunksjoner. I tillegg er det dublerede regionsfunksjoner på svært mange fagområder. For å avklare et fremtidig mål bilde av ønsket sykehusstruktur i Oslo, har det vært utarbeidet flere modeller og det har vært gjennomført en kort innspillsrunde. Det beskrives i denne rapporten to modeller:

- Det primære alternativ (modell 1) er en samling av lands-, region- og områdefunksjonene med hovedaktivitet på ett sted, slik at fag og forskning i spesialisert medisin styrkes. Samtidig tydeliggjøres og styrkes lokalsykehusnivået gjennom etablering av robuste og rendyrkede lokalsykehus. Hovedideene i dette alternativet har fått bred støtte i innspillsrunden.
- Det sekundære alternativ (modell 2) er utvikling av ett regionsykehus med landsfunksjoner og ett områdesykehus med multitraume og tilhørende regionfunksjoner, samt en tydeliggjøring og styrking av lokalsykehusnivået gjennom etablering av robuste og rendyrkede lokalsykehus.

### Særskilte fagområder

Noen fagområder blir omtalt særskilt (rehabilitering, rus og psykisk helsevern). Grunnen til dette er at disse fagområdene er særskilt prioritert. Av denne grunn ble det utarbeidet egne grunnlagsrapporter med anbefalinger om videreutvikling og organisering av tjenestene. Det anbefales at det innenfor rehabilitering og rus utarbeides egne planer innenfor hvert sykehusområde for å ivareta helheten i behandlingsskjeden. Når det gjelder rehabilitering anbefales etablering av et rehabiliteringsforetak som skal ivareta de regionale funksjonene innenfor rehabilitering.

### Videre arbeid

Det legges opp til en høringsrunde for å innhente synspunkter på hovedtrekk i utviklingsarbeidet, jfr styresak XX/2008 og påfølgende høringsbrev. Samtidig vil enkelte av temaene som berøres i rapporten utredes videre. På bakgrunn av foreliggende arbeid,

høringsinnspill og videre utredning legges det frem en helhetlig regional strategi for styret i Helse Sør-Øst i november 2008.

## Innledning

Denne rapporten oppsummerer Hovedstadsprosessen fra styrevedtaket om *program for omstilling og utvikling* (68/2007) 18. desember 2007 til styrets vedtak 19. juni 2008. Rapporten er utarbeidet på grunnlag av innspillene/rapportene fra de syv sykehusområdene, samt innspill i prosessen for øvrig. Det er blant annet avholdt koordineringsmøter og møter med brukere og tillitsvalgte, som har gitt innspill i arbeidet.

Sluttrapporten danner grunnlaget for høringsnotat om saken.

Rapporten og innspillene som kommer i høringsprosessen som iverksettes etter styremøtet i juni, vil inngå i grunnlagsmaterialet for Regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet i Helse Sør-Øst. Det vil legges frem en sak om dette for styret på møtet 19-20. november 2008.

## Oppdraget fra Stortinget

16. februar 2007 ble St. prp. nr. 44 (2006-2007) godkjent i statsråd. I Stortingsproposisjonen foreslo regjeringen blant annet å slå sammen Helse Sør og Helse Øst. Det går i proposisjonen frem at Regjeringens mål med sammenslåingen er:

- Bedre samordning i hovedstadsområdet
- Samordning på fag og styrking av forskning
- Økonomiske resultatkrav
- Å sikre et fortsatt desentralisert tilbud
- Ta ut stordriftsfordeler
- Komme hele nasjonen til gode
- Bedre koordinering og utnyttelse av personell, arealer, IKT, støttefunksjoner, innkjøp og investeringer mv

Innst. S. nr. 167 (2006-2007) ble behandlet i Stortinget 23.04.2007. Det ble fattet vedtak i samsvar med innstillingen. Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst åpnet nye muligheter for utvikling av tjenestetilbudet og verdiskapning særlig i hovedstadsområdet. Et oppdrag om omstilling i tråd med beslutningen ble gitt gjennom det første foretaksmøtet for Helse Sør-Øst 30. mai 2007. Det ble i møtet konkludert med at det er avgjørende for framtidig handlingsrom og økonomisk bæreevne at det settes resultatkrav, og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Premisser som ble lagt til grunn fra eier var:

- Helse Sør-Øst RHF må være innstilt på løpende effektivisering og omstilling også i årene fremover
- Eier er inneforstått med at dette vil kunne innebære betydelige omstillinger.
- Effektiviseringsgevinstene må komme sykehus utenfor hovedstadsregionen til gode, med fokus på ytterkantene
- Sammenslåingen av de to RHF-ene skal gjennomføres innenfor de samlede bevilgninger
- Mange av de funksjoner som i dag er regulert som lands- og flerregionale funksjoner er lokalisert i Helse Sør-Øst. Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet i januar 2008 å sikre at Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner blir ivaretatt. Det må også ivaretas nasjonale oppgaver innenfor beredskap og traumeområdet.

I tillegg er det fremkommet forventninger om at omstillingene skal medføre effektivisering av eksisterende bygningsmasse og bedre kontroll og koordinering av nye bygg.

Programmet for utvikling og omstilling av tjenestene i Helse Sør-Øst er organisert i fem innsatsområder, jmfør styresak 068-2007 (18. desember 2007): I) Sykehusstruktur, funksjons- og oppgavefordeling med særlig vekt på spesialisthelsetjenestene i hovedstadsområdet (Hovedstadsprosessen), II) Forskning III) Fellestjenester innen administrative støttefunksjoner, IV) Kunnskapshåndtering og beste praksis og V) Mobilisering av medarbeidere og ledere. I denne rapporten omtales kun innsatsområde I – Hovedstadsprosessen.

## **Visjonen**

Formålet med utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst er, slik det fremkommer i styresak 68/2007 (18. desember 2007) og 038/2008 (17. april 2008), å sikre en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen. Programmet skal bidra til å møte pasientenes behov, nå og i fremtiden, og sikre kvalitet i tjenestene.

Arbeidet skal som helhet bidra til en bedre helsetjeneste, ved å gjennomføre nasjonal politikk. Dette er fanget opp i Helse Sør-Øst sin visjon om:

Gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk bakgrunn, kjønn og økonomi.

Helse Sør-Øst har satt de samme overordnede mål for sitt utviklings og - omstillingsarbeide som i den nasjonale kvalitetsstrategien:

- Være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- Være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Målet er også å realisere myndighetenes forventninger til, og målsetting med sammen- slåingen av Helse Sør og Helse Øst. Omstillingene skal skje i et tempo og omfang som ivaretar krav til løpende budsjettkontroll, men samtidig sikrer at utviklingen går i ønsket retning. Pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene.

## **Utfordringer**

I det følgende beskrives allmenne utfordringer for helsetjenesten, som skaper et behov for omstilling.

### ***Pasientenes behov - nå og i fremtiden***

Viktige utviklingstrekk med betydning for pasientenes behov er:

- Vi lever lengre (forventet levealder øker 0,2 år hvert år) og det blir flere eldre. Veksten i antallet eldre kommer særlig etter 2015. Man har derfor tidsrommet frem til da for å innrette tjenesten i tråd med behovene til den voksende eldrebefolkningen.
- Antall personer med en rekke sykdommer øker. Dette skyldes blant annet flere eldre.
  - 40 % flere får kreft i 2020 sammenlignet med 1995. 25 % av alle dødsfall i 2020 vil skyldes kreft
  - Nedgangen i dødeligheten av hjerte-karsykdommer fra 1980-tallet vil stoppe opp. Hjerte-karsykdommer vil, sammen med kreft, utgjøre de viktigste dødsårsakene i årene fremover.
  - Dobbelt så mange vil ha en demenssykdom om 30 år

- Flere vil ha kroniske sykdommer, blant annet sukkersyke og KOLS. Det skyldes både flere eldre og dagens livsstil. Disse pasientene har behov for godt koordinerte tjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Flere kan behandles som følge av nye medisinske metoder (for eksempel nye medisiner)

## **Kvalitet**

Det er høy kvalitet på helsetjenesten i Norge. Det finnes allikevel forbedringsmuligheter.

- Overlevelse for de fire vanligste kreftformer og kreft i eggstokkene er høyest i de nordiske landene (med unntak av Danmark) og sentral Europa, lavere i Storbritannia og Irland og dårligst i Øst-Europa. For 5-års overlevelse totalt sett har Norge bedre resultater enn gjennomsnittet i Europa, men dårligere enn vårt naboland, Sverige. Forskjellen er størst for menn, og av de store kreftformene er forskjellen størst for prostatakreft (Eurocare-4).
- 20-30 % av alle pasienter medisinske feil i alle undersøkte land. Dette betyr for Norge at det årlig er 2000 dødsfall og 15000 varige skader som følge av utilsiktede hendelser og feil. 40-50 % kan trolig forebygges.<sup>1</sup>
- Dårlig samordning fremheves i Nasjonal helseplan 2007-2010 som en av de største problemene i norsk helsetjeneste i dag. Objektive mål på svikt i koordinering og samhandling er blant annet:
  - høyt antallet korridorpasienter ved sykehus både i Helse Sør-Øst og ellers i landet
  - mange pasienter med krav på individuell plan får ikke dette
  - epikriser sendes fortsatt ofte ikke innen en uke etter at pasienten er utskrevet
- Norge er ett av landene i verden som bruker mest penger på helsetjenester, målt i totale kostnader per innbygger.<sup>2</sup> Gjennomsnittet i OECD er mer enn 30 % lavere enn i Norge. Flere land som bruker mindre penger enn oss har like gode resultater. Blant annet har Sverige, som bruker mye mindre penger per innbygger enn oss, bedre kreftoverlevelse.
- Sosial ulikhet i helse og i bruk av helsetjenester tyder på at tjenestene ikke er rettferdig fordelt.

## **Pasientforløp**

For pasientene er gode og helhetlige pasientforløp viktig. Forutsetningen for dette er god samhandling mellom nivåene, men også gode forløp innenfor spesialisthelsetjenesten, både innenfor det enkelte sykehus og mellom disse. I dag fungerer ikke dette alltid optimalt. I tillegg til at gode forløp er viktig for pasientene, vil gode forløp gi en bedre utnyttelse av ressursene. For eksempel vil reduksjon i unødige innleggelser, liggetid før operasjon eller annen unødig venting for innlagte pasienter, frigjøre sengekapasitet til pasienter som trenger den.

For helsetjenesten er det to måter å arbeide med å bedre pasientforløp. Den ene tilnærmingen er å analysere det enkelte pasientforløp for å avklare hvordan dette kan bedres. Den andre er å utvikle en struktur på tilbudet, sammen med styringsordninger, som best mulig underbygger god samhandling og gode, sammenhengende pasientforløp.. Disse strategiene utfyller hverandre. Helse Sør-Øst har i perioden siden sammenslåingen arbeidet med pasientforløp og behandlingsforløp gjennom et foretaksovergripende prosjekt og alle

---

<sup>1</sup> British Medical Journal 2005, SHdir, Peter Hjort 2003

<sup>2</sup> Kilde: OECD Health Data 2007

helseforetakene har nå etablert flere pasientforløp og pasientlinjer i hht driftsavtalen. Det er særlig utvikling av en bedre struktur på tjenestetilbudet, herunder funksjons- og oppgavefordeling som er tema for denne rapporten.

## **Forebygging**

Å styrke forebyggende virksomhet er et faglig prioritert område. Dette er også et politisk satsingsområde. For å oppnå dette er det behov for en bedre balanse mellom behandling og forebygging.

Sykdomsforebyggende arbeid har tradisjonelt vært kategorisert i primærforebyggende, der målet er å forhindre, eventuelt utsette et sykdomsforløp, sekundærforebyggende, der sykdommen skal hindres i å komme tilbake eller utvikle seg videre og tertiærforebyggende der innsatsen skal minske en sykdoms følger for funksjon og livskvalitet. Arbeidsfordelingen innen helsevesenet har i stor grad gjort at spesialisthelsetjenesten har hatt sitt hovedarbeidsområde i sekundær- og tertiærforebygging, mens kommunehelsetjenesten har hatt hovedansvaret for primærforebygging. Dette skillet kan bli annerledes i årene fremover. Dette skyldes blant annet at forskning og utviklingsarbeid har et økende fokus på tema innen forebyggende virksomhet. Det kan gjøre helsevesenet bedre i stand til å identifisere risiko for sykdom, og dermed tilpasse tidlig innsats i forebygging bedre til den enkeltes behov. På gruppenivå medfører dette at målgruppene for forebyggende virksomhet endres og at virkemidlene tilpasses bedre til spesifikke målgrupper. I tillegg kommer at man i årene fremover må forvente en økning i den gjensidige kunnskapsoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten og til potensielle pasientgrupper. Nye møteplasser og nye medier tas i bruk for å bedre kvaliteten i kunnskapsoverføringen.

Et tilleggsargument for dette er at man i årene fremover kan forvente at brukerne vil etterspørre "assistert forebygging" som en selvstendig tjeneste fra helsevesenet. For eksempel vil mennesker med genetiske eller andre risikofaktorer i forhold til fremtidig sykdom i økende grad oppsøke helsevesenet for å hindre sykdomsutvikling, mennesker med kroniske sykdommer vil etterspørre hjelp fra helsevesenet til å mestre sykdommen og leve et liv som i minst mulig grad styres av den.

Dette betyr at forebyggende og helsefremmende arbeid bør bli en integrert del av institusjonenes daglige virksomhet. I tillegg bør helsevesenet legge større vekt på pasienters og frivillige organisasjoners kunnskaper og ressurser i forebyggende virksomhet.

## **Uhensiktsmessig sykehusstruktur**

Grunnlaget for dagens sykehusstruktur ble lagt i løpet av forrige århundre. Dersom man i dag hadde kunnet begynne med blanke ark, ville man trolig valgt ganske annerledes. Enkelte steder ligger sykehusene tett og mange av dem er små, andre steder er det store avstander imellom hvert sykehus. Dette medfører utfordringer i forhold til likeverdig tilgjengelighet. Mye har dessuten endret seg i årene siden strukturen ble lagt. Det gjelder både bosettingsmønster, kommunikasjonsmidler, medisinfaget og teknologi. Å etablere en hensiktsmessig struktur og oppgavedeling, som sikrer faglig kvalitet og likeverdig tilgjengelighet, krever endringer i arbeidsdelingen mellom de sykehusene som i dag eksisterer, samtidig som man må vurdere nye strukturer, både i form av å etablere spesialisthelsetjenester utenfor sykehus, og i form av endringer innenfor dagens sykehusstruktur. Ett mål er å skape forutsigbare pasientforløp fra kommunehelsetjenesten gjennom spesialisthelsetjenesten. I Helse Sør-Øst i dag har man i dag store ulikheter i infrastruktur og pasientopplevd kvalitet, 13 milliarder i vedlikeholdsetterlep og 19 milliarder i ønskede nybygg, samtidig som handlingsrommet for investeringer er lite.

## Kapasitet

Kapasiteten i Helse Sør-Øst må tilpasses behovene. I tillegg til endringer i demografi og epidemiologi påvirker flere faktorer pasientenes behov og dermed kapasitetsbehovet.

<b>Fordeling av kapasitet</b>	<b>Pasientvolum på tvers av sykehusområder</b>	Sykehusområder skal dekke 80-90 % Regionale funksjoner skal samles
<b>Drive som vil kreve økt behandlingsskapasitet</b>	<b>Fremskrivning befolkning</b>	Befolkningen i Sentrum øker
	<b>Alderssammensetning</b>	Flere eldre
	<b>Insidensrater</b>	Kreft, fedme, med mer.
	<b>Medisinsk faglig og teknologisk utvikling</b>	Mulighet til å behandle flere typer lidelser
<b>Drive som vil kreve redusert behandlingsskapasitet</b>	<b>Behandlingsformer</b>	Dagbehandling, intervensjonsteknologi, telemedisin, ambulante tjenester, hjemmebehandling mm.
	<b>Effektivisering</b>	Kortere liggetider Bedre samhandling med kommunen

Det å forutsi hva som er riktig fremtidig kapasitet på sengeplasser, poliklinikk, operasjonsstuer mv. er krevende. Samtidig er dette svært viktig for å sikre at planlegging av sykehusstruktur og investeringer i nybygg ivaretar fremtidige behov. De fremskrivninger som er brukt til nå har vist at man undervurderer de faglige endringer som finner sted, slik at det faktiske behov for, for eksempel sengeplasser, har vist seg lavere enn man trodde, mens behovet for andre arealer har økt. Gitt denne erfaringen er det grunn til å tro, til tross for at det blir flere eldre, at det vil bli behov for mer poliklinikk, ambulante tjenester og andre behandlingsmodaliteter og færre sengeplasser. For å få frem beslutningsgrunnlag for dette har de regionale helseforetak i flere år benyttet seg av en modell for fremskrivning. Denne bygger på antagelser om hvordan fremtidige behandlingsforløp vil påvirke behov for poliklinikker, dagbehandling og sengeplasser. Det har vært reist kritikk mot SINTEF rapport om fremtidig kapasitet, særlig knyttet til den del av forutsetningene som har blitt lagt til grunn for de vurderingene. Et særskilt forhold med betydning for fremtidig kapasitet er at Nye Ahus ferdigstilles i 2010. Det nye sykehuset får moderne lokaler som legger til rette for en mer kostnadseffektiv drift med høy kvalitet. For Helse Sør-Øst vil det være viktig å utnytte denne kapasiteten til det beste for pasientene. Dette sykehuset vil tilby en større kapasitet enn det gamle sykehuset – og den totale behandlingsskapasitet i Helse Sør-Øst må dermed endres slik at den totale kapasitet er i samsvar med behov. Dette vil bety at for å utnytte det nye sykehuset best mulig må andre behandlingsareal reduseres. I praksis betyr dette at Nye Ahus tar over behandlingsansvaret for en større befolkning enn tidligere. I forslaget er det lagt opp til at Ahus overtar ansvaret for Follo befolkningen i tillegg til en bydel i Oslo (Alna) i tråd med tidligere planer lagt for Ahus. Alternativt må Ahus ta over behandling for andre deler av befolkningen i Helse Sør-Øst i nærliggende områder i Østfold og/eller Hedmark.

På tilsvarende måte er det viktig å utnytte kapasiteten på andre moderne bygg, f.eks. Rikshospitalet på Gaustad.

## **Evaluering av sykehusreformen**

Norges forskningsråd har gjennom til sammen 10 ulike delprosjekter sammenlignet de målene som ble satt i forkant av reformen med de resultater som er oppnådd.<sup>3</sup> Styringsgruppa for resultatevalueringen omtaler hovedresultatene slik:

- Aktivitetsutviklingen har økt sterkere enn tidligere. Dette har trolig bedret tilgjengeligheten.
- Det er kun små endringer i grad av sentralisering eller desentralisering av tjenestetilbudet. Dette gjelder også tilbud hvor dette hadde styrket kvaliteten.
- Ventetider er redusert, og andelen som venter lenger enn anbefalt er redusert.
- Prioriteringspraksis er generelt ikke bedret. Den er mer ensartet innad i regionene, men ikke mellom regionene. Forskjellen i ventetider mellom høyt prioriterte grupper og lavt prioriterte burde ha økt, men er redusert. Tilsiktede lavt prioriterte grupper ser ut til å bli prioritert for høyt relativt sett.
- Psykisk helsevern er prioritert i tråd med føringer.
- Effektiviteten (produktiviteten) har økt mer (3-4 prosentpoeng) enn i andre nordiske land.
- Arbeidsmiljøet ser ut til å være godt, men varierer lokalt. Medarbeiderne opplever lav grad av medbestemmelse.
- Brukermedvirkning er formalisert på overordnet nivå gjennom brukerutvalg. Dette er implementert bedre på det regionale enn på det lokale nivået.
- Konkrete virkemidler for å styrke samhandlingen ser ikke ut til å være tatt i bruk i større grad etter reformen enn før.

Det er flere forhold denne evalueringen ikke har sett på. Blant annet er endringer i kvaliteten på tjenestetilbudet er ikke evaluert pga mangelfullt datagrunnlag. Heller ikke forskningsaktivitet er vurdert. Alt i alt tilsier allikevel funnene at flere ting er blitt bedre, i tråd med målsettingene i reformen, men det gjenstår også viktige utfordringer.

## **Oppsummering – et stort behov for prioritering og omstilling**

Veksten i pasient- og sykdomsgrupper betyr økt behov for ressurser til pasientbehandling. Samtidig er det behov for å satse på forskning, fagutvikling og kompetanseutvikling for å sikre kvalitet i tjenestene. Videre utvikles det ny medisinsk teknologi og informasjons- og kommunikasjonsteknologi, som gir nye muligheter for behandling, men som også krever nye måter å jobbe på, og derfor behov for endringer i/nye bygg. Den medisinske utviklingen har ført til at den spesialiserte medisin krever tverrfaglig og mer spesialisert behandlingsformer. Dette har blant annet resultert i at mange av de eksisterende sykehusene har få små pasientvolum til å kunne gi tjenester av god nok kvalitet. På den annen side vil det økende antall kronikere gi økt behov for andre behandlingsformer slik som ambulante team, flere samhandlingsarenaer med kommunen. Det blir i årene fremover svært viktig å innrette tjenestene på en slik måte at den møter morgendagens behov. Det er et stort behov for å omprioritere ressursene for å skape et bærekraftig helsevesen. Dette krever gode ledere med vilje til å prioritere. I tillegg er det viktig at de ansatte forstår og aksepterer behovet for endringer. En omprioritering av ressursene vil kreve betydelige omstillinger.

---

<sup>3</sup> Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Norges forskningsråd 2007

## Ønsket utviklingsretning og styrende prinsipper

Helse Sør-Øst skal sørge for gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i sitt område gjennom å sikre god drift i de helseforetakene som RHF'et eier. Samtidig skal det regionale foretaket gjennomføre nasjonal helsepolitikk. Denne er blant annet presentert i Soria Moria-erklæringen, Nasjonal helseplan 2007-2010, Opptappingsplanen for psykisk helsevern, Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller, de årlige oppdragsdokumenter og statsbudsjetter og i Reviderte nasjonalbudsjett for 2008. For å implementere denne politikken er det behov for omstillinger av tjenestene.

Med utgangspunkt i nasjonale helsepolitiske føringer, omstillingsoppdraget, pasientenes behov, utfordringene knyttet til kvalitet og ressursutnyttelse og de overordnede målsettingene for omstillingsarbeidet, ble det i styresak 068/2007 skissert en ønsket retning for omstillingene i Helse Sør-Øst. Det fremgår her at for å styrke kvaliteten i pasientbehandlingen og møte de fremtidige behov, skal omstillingene bidra til:

- En forståelig og oversiktlig helsetjeneste for brukere og samarbeidspartnere
- Nærhet til og kontinuitet i tjenestene for pasienter med vanlige og kroniske lidelser
- Breddekompetanse tilpasset behovene til pasienter med sammensatte lidelser
- God samhandling som gir helhetlige og koordinerte pasientforløp/behandlingskjeder
- Samling av høyspesialiserte tjenester
- Et styrket tilbud innenfor rus og psykisk helsevern
- Bedre samlet ressursutnyttelse

Med dette som utgangspunkt ble det gjennomført flere parallelle utredningsprosesser med bred involvering i Hovedstadsprosessens første fase i januar til april (se avsnittet om prosess). Innspill fra disse prosessene ble lagt til grunn for forslaget til vedtak i styresak 38/2008.<sup>4</sup> I styremøtet i april vedtok styret i sak 038-2008 prinsipper for den videre utvikling og utforming av tjenestene i Helse Sør-Øst.

Av vedtaket fremgår at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene. Sykehusområder skal legges til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Innenfor et sykehusområde skal tjenestene differensieres i lokalbaserte og spesialiserte tjenester, og organiseres slik at prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå ivaretas (LEON- prinsippet). Normalt skal et sykehusområde dekke 80-90% av befolkningens behov for tjenester. Videre angir styrets vedtak prinsipper for organisering og koordinering av tjenestene innenfor sykehusområdene og for samhandling med kommunen.

Målbildet som er gitt gjennom prinsippene, representerer en generell tilnærming til organisering av tjenestene på tvers av fagområder. De gjelder dermed i utgangspunktet likt for både somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering. Prinsippene vil bli beskrevet nærmere i det enkelte avsnitt under delen strategier og tiltak.

Omstillingene i Helse Sør-Øst skal ikke bare bidra til bedre pasientbehandling, men også til økt kvalitet i de tre andre lovpålagte oppgavene for sykehus, dvs. utdanning, forskning og pasientopplæring. Å styrke forskningen er en av forventningene fra eier, jamfør tidligere. For å oppnå dette er det iverksatt egne prosesser. Parallelt med, og som en del av Hovedstadsprosessen, har Samarbeidsorganet for Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst RHF nedsatt en arbeidsgruppe som har utredet universitetssykehusstruktur og -funksjoner i hovedstadsområdet (se eget avsnitt). Forskning er etablert som et eget i innsatsområde i utviklings- og omstillingsprogrammet. Det nye sammenslåtte forskningsutvalget i Helse Sør-Øst har utarbeidet et utkast til felles forskningsstrategi for Helse Sør-Øst RHF 2008-2011. Endelig forslag til forskningsstrategi ble lagt frem for, og vedtatt av, styret i Helse Sør-Øst 22.

---

<sup>4</sup> Mer informasjon om arbeidet i Hovedstadsprosessens første fase og link til utredninger og dokumenter finnes på: [http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?D=2&C=76&I=626&mids=a182a147a235a](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=76&I=626&mids=a182a147a235a)

mai 2008. Anbefalingene fra arbeidsgruppa som har utredet universitetsstruktur og den vedtatte forskningsstrategien omtales kort (se senere).

## Prosess og forankring fase I og II

Hovedstadsprosessen er behandlet i flere styresaker, herunder sak 030 Oppfølging av foretaksmøte 30. mai 2007 og sak 040 Oppfølging av oppdragsdokumentet - innhold og gjennomføring. Nærmere om struktur, funksjon og oppgavefordeling i hovedstaden. I sak 68, 18. desember 2007, beskrives hele utviklings- og omstillingsprogrammet.

Prinsippene som styret, med utgangspunkt i sak 038, 17. april 2008, fastslo at skulle legges til grunn for det videre arbeidet i Hovedstadsprosessen, ble utformet med utgangspunkt i flere parallelle utrednings- og innspillprosesser i Hovedstadsprosessens første fase frem til april. Mer enn 600 fagpersoner fra hele regionen deltok på dialogseminarer og ca. 100 personer (representanter fra helseforetakene, konserntillitsvalgte, regionale brukerrepresentanter, kommuner, fastleger og avtalespesialister eller private aktører) deltok i arbeidsgrupper. I prosessene, og ved utformingen av prinsippene, ble nasjonal helsepolitikk, herunder Opptappingsplanen Psykisk helse og Nasjonal Kvalitetsstrategi lagt til grunn. I tillegg ble tidligere utredninger om organisering og funksjonsfordeling i Helse Øst og Helse Sør, samt regionale strategier, benyttet. I delprosessen der sykehusområdene ble utredet, ble det gjennomført en egen innspillrunde for helseforetakene. For de øvrige delprosessene ble det, etter at rapportene var ferdigstilt, gitt mulighet for skriftlige innspill. Alle rapportene fra disse prosessene, samt rapporten fra arbeidsgruppa som har utredet spesialisert rehabilitering i fase II, finnes samlet på Helse Sør-Østs sine hjemmesider.

I følge styrevedtaket i sak 038/2008 skal strategien bygge på de premisser som er gitt i saken, samt de innspill og vurderinger som fremkommer i prosessen frem til juni. Styret ba videre om at de innspill og forslag som ble fremmet i møtet, ble tatt med i det videre arbeidet.

Vedtaket sa videre at det skal sikres bred forankring og medvirkning på alle nivåer hos brukere, tillitsvalgte, verneombud og kommuner i gjennomføringen av programmet, i samsvar med styrets vedtak i sak 049-2007 *Oppfølging av oppdragsdokumentet - medvirkning og involvering i arbeidet med innsatsområdene*. I tråd med dette ble det i mandatet til sykehusområdene presisert at det ble forventet at det innenfor det enkelte sykehusområde ble etablert et system som ivaretok dette, herunder at det enkelte helseforetak/sykehus hadde ansvar for å sikre medvirkning og forankring i egen organisasjon og i forhold til kommuner/bydeler i eget opptaksområde, og at det i områder med flere helseforetak/sykehus måtte være tett kommunikasjon mellom alle berørte i sykehusområdet.

I samsvar med mandatet har Helse Sør-Øst RHF ivaretatt medvirkning og forankring med konserntillitsvalgte/konsernverneombud og regionalt brukerutvalg for hele utviklings- og omstillingsprogrammet. Hovedstadsprosessen Sentrum har vært ledet av Helse Sør-Øst og der har forankringsarbeidet fulgt samme mønster som for sykehusområdene. I gjennomføringsperioden har Helse Sør-Øst RHF også hatt prosesser for å avklare særskilte forhold som angår flere sykehusområder, blant annet knyttet til forslag som påvirker kapasitet eller spesialiserte funksjoner i andre sykehusområder. Dette har skjedd gjennom direktørmøter, egne koordineringsmøter og annen tilpasset aktivitet. Det er gitt løpende orienteringer i brukerutvalg, konserntillitsvalgtes forum, regionale samarbeidsorganer med universitet og høgskoler, øvrige RHF, Oslo kommune og andre kommuner og fylkeskommuner mv.

Når det gjelder prosjektet for sykehusområde Sentrum, ledet av Helse Sør-Øst, ble prosessen startet med et fellesmøte 28. april for ledere, tillitsvalgte og verneombud. For å skape bred involvering ble det den 15. mai sendt ut et innspillsnotat med svarfrist 26. mai til

alle helseforetak, tillitsvalgte m.fl.<sup>5</sup> Det ble 2. juni gjennomført et nytt fellesmøte, der blant annet konsekvenser ansatte var tema.

Det vil i sluttrapporten redegjøres for hvordan innspill som er kommet i prosessen, både fra det enkelte sykehusområde, i innspillsprosessen i sykehusområde Sentrum, i møter/dialog med tillitsvalgte og brukere, har medvirket til presiseringer og justeringer av målbildet skissert over, og dermed formet den enkelte del i notatet.

## Brukerinnspill

Oppsummeringer fra de to brukerkonferanser i mars viser at brukerne er sterkt opptatt av samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten og bedre tilbudet til personer med sammensatte tilstander og behov for tverrfaglig bistand over tid.

På konferansen med brukerråd og brukerutvalg ble det i hovedsak gitt tilslutning til hovedprinsippene for Hovedstadsprosessen, slik de ble presentert. Det ble spesielt gitt uttrykk for at felles organisering av akuttmottak for somatikk, rus og psykisk helse ville gi en bedre tjeneste. Det ble videre gitt tilslutning til prinsippet om en parallell sentralisering og desentralisering av tjenester og tydeligere skille mellom lokalsykehus, områdesykehus og regionale funksjoner.

Brukerne ga imidlertid også uttrykk for at Helse Sør-Øst RHF må vise gjennomføringskraft for å kunne realisere endringene.

Brukerne uttrykte at de mente at samhandling måtte vektlegges enda sterkere. Spesielt ble det lagt vekt på fastlegenes rolle og behovet for en tettest mulig integrasjon mellom lokalsykehus og fastlegene, bl.a. gjennom at legevakten integreres i lokalsykehusene, og på at effektiv syketransport av høy kvalitet og etablering av sykehotell m.v. bidrar til at lenger reiseavstand kan aksepteres.

Brukerne var positive til ideen om større sykehusområder.

Fra konferansen med brukerorganisasjonene sammenfattes:

- Helse Sør-Øst RHF må legge større vekt på å gjøre pasienten selv og de nærstående bedre i stand til å ivareta egen helse. For å oppnå dette må det fokuseres sterkere på pasientopplæring, kommunikasjon og informasjon. Dette er ikke bare en oppgave for helsepersonellet. Også pasienter og pårørendes egne erfaringer og brukerorganisasjonenes erfaringer må tillegges vekt.
- Spesialistbehandlingen er kortvarig, men effekten av denne blir større dersom den planlegges i sammenheng med annen innsats. Helsetjenesten må planlegge for behandlingsforløp, ikke bare kortvarige intervensjoner.
- Flere deler av helsetjenesten har behov for kunnskapsoppdatering og utvidet kunnskapsgrunnlag. Kunnskapsutviklingen må skje også gjennom at pasientenes/brukernes erfaring og kunnskap tas hensyn til.
- Det er nødvendig at helsetjenesten planlegger for sammensatte problemsituasjoner. Dette krever tverrfaglig og tverrspecialisert innsats, god logistikk og god kommunikasjon.

I konferansen med brukerorganisasjonene og brukerrådene i sykehusområde Sentrum i fase II, ble det bedt om innspill på de modeller for organisering i Sentrum, som ble skissert i innspillsnotatet. Det fremkom her at brukerne ser fordeler og ulemper med alle tre modeller. Vel så viktig som hvilken modell som velges, mente brukerne det var at andre hensyn med

---

<sup>5</sup> Link til innspillsnotat og innspill:  
[http://www.helse-sorost.no/modules/module\\_123/proxy.asp?C=15&I=844&D=2](http://www.helse-sorost.no/modules/module_123/proxy.asp?C=15&I=844&D=2)

stor betydning for brukerne ble ivaretatt. Det ble blant annet påpekt at store og spesialiserte sykehus, som vil kunne bli resultatet av fusjoner i Sentrum, kan virke fremmedgjørende for brukerne og svekke brukerinnflytelsen. De anbefalte at det ble iverksatt tiltak for å forhindre dette. Brukerne var videre opptatt av muligheten for fritt sykehusvalg, når funksjoner samles. De var også opptatt organiseringen av lærings- og mestringstilbudet innenfor sykehusområdet. Det ble videre påpekt at selv om mye av samhandlingen vil ligge på lokalsykehusnivå, vil også sykehus uten lokalsykehusfunksjoner ha samhandlingsbehov knyttet til for eksempel kirurgiske akuttfunksjoner, og at dette måtte ivaretas.

Brukernes medvirkning i prosessen er viktig, og vil bli vektlagt også videre i prosessen.

## **Ansatte**

Helse Sør-Øst er Norges fremste kunnskapsbedrift, med 69 000 medarbeidere som utgjør regionens viktigste ressurs. Måten denne kompetansen forvaltes, videreutvikles og anvendes på, er nøkkelen til å realisere langsiktige målsettinger og møte de utfordringer regionen står overfor. For å sikre Helse Sør-Østs visjon om gode og likeverdige helsetjenester, vil de nærmeste årene preges av høy omstillingstakt, der deler av eller hele virksomheter, funksjoner, oppgaver og personell skal overføres fra en virksomhet til en annen og/eller fusjoneres. Dette gjelder spesielt i sykehusområde Sentrum, med overføringer både til sykehusområdene Øst og Vest.

Uavhengig av hvilket omstrukturingsverktøy som kan komme til anvendelse i omstillingen, er ledelsen opptatt av å trygge de ansattes situasjon gjennom godt tilrettelagt kommunikasjon og samspill med de ansattes organisasjoner og vernetjenesten. Prinsippene nedfelt i etablert lov- og avtaleverk vil stå helt sentralt i arbeidet framover og er selve kjernen i samarbeid og samspill mellom aktørene. Som en del av en helhetlig personalpolitikk er det utviklet en egen HR-strategi som støtter opp under de framtidige endrings- og utviklingsbehov i regionen. Det er i tillegg utviklet en egen omstillingsavtale mellom partene i Helse Sør-Øst som skal virke gjennom omstillingsperioden.

I omstillingsperioden står regionen samlet overfor store utfordringer mht til bemannings-tilpasninger. Helse Sør-Øst har i dag en turnover på ca 5 % samlet sett. Det betyr at mellom 2.500 – 3.000 personer (konservativt regnet og delvis bygget på estimater) av regionens ansatte sier opp stillingen sin årlig. Halvparten av disse representerer foretakene i sykehusområde Sentrum. Mens sykepleierne har en turnover på 3, 8 %, har legene en turnover på 9,5 %, administrativt personell 5, 3 % og ledere 3,9 %. Grupper innen forskning, innovasjon og laboratoriefunksjoner representerer en særlig lav turnover. Avhengig av hvilke personellgrupper som skal nedbemannes i de nærmeste årene, er det å anta at store deler av bemanningstilpasningen vil kunne gjennomføres ved turnover og naturlig avgang. I fase 3 av Hovedstadsprosessen blir det viktig å utvikle detaljerte bemanningsplaner for å kunne øke forutsigbarheten for alle berørte ansatte og legge best mulig til rette for gode prosesser. Dette vil i første omgang omhandle avgivende og mottakende foretak i sykehusområde Sentrum og mottakende foretak både i sykehusområde Vest og sykehusområde Øst.

Helse Sør-Øst vil fram til styremøtet i oktober utvikle felles, overordnede kjøreregler for omstillingen i regionen. I denne sammenheng vil det også bli vurdert om det skal etableres en særskilt omstillingsorganisasjon i samarbeid mellom foretakene og regionen.

## **Tidsperspektiv**

I sluttrapporten henvises det til ulike tidsfaser i Hovedstadsprosessen. Fase I gikk fra 18. desember 2007 til 17. april 2008, fase II fra 18. april 2008 til 19. juni 2008 men fase III vil gå fra 20. juni til 15. oktober 2008, da styret skal vedta regional strategi for utvikling og omstilling av tjenestetilbudet.

Program for utvikling og omstilling av tjenestene forholder seg til ulike tidsperspektiver: kort, middels og lang. I utgangspunktet gjelder program for utvikling og omstilling for tidsperioden 2009-2012. Enkelte endringer kan og bør imidlertid gjennomføres raskt, dvs. innen utgangen av 2009, mens andre vil kunne gjennomføres i løpet av fireårsperioden frem til utgangen av 2012. For å gjøre de riktige tingene, og planlegge for fremtiden på en visjonær måte, er det imidlertid også nødvendig å ha et lengre tidsperspektiv enn 2012, gjerne helt frem mot 2020/25. Å planlegge med et langt tidsperspektiv for øye vil kunne være nødvendig for å gjøre de riktige tingene allerede i 2009 og i den definerte programfasen. Det vil særlig være ved valg av modeller for utvikling av tjenesten, at et lengre tidsperspektiv er nødvendig. Slike modellvalg legger føringer for andre valg, men gir samtidig rom for tilpasninger underveis. Slike tilpasninger vil være påkrevd fordi utviklingen går raskt. Det vil blant annet være nødvendig å gjennomgå målbildet og tiltakene om 4 år, for å korrigere kurs med utgangspunkt i de endringer som frem til da har funnet sted. I tillegg vil det være behov for årlige justeringer, for å sikre at målbildet og tiltakene hele tiden er i samsvar med nasjonal helsepolitikk. Modellene legger dermed en ramme for utviklingen. Innenfor denne må det finne sted utviklingsprosesser der bred involvering og medvirkning blir ivaretatt.

## **Prosessen etter styremøtet i juni (fase III)**

Det vil i fase 3 bli gjennomført en rekke aktiviteter parallelt med høringsprosessen. Det vil blant annet bli arbeidet med innspill i forhold til, og forankring av modeller i sluttrapporten, utredning av nye temaer, samt planlegging av fase 4 dvs. implementering etter styrevedtaket i oktober.

Opgaver for Helse Sør-Øst RHF vil være å arbeide videre med gjenstående risikovurderinger, gjennomføre fagprosesser/dialogseminar for noen fagområder, for eksempel øre/nese/hals og øye, pediatri og barne- og ungdomspsykiatri, etablere kjørerregler for omstilling og nedsette arbeidsgrupper som skal utrede organisering av henholdsvis de prehospitaltjenester og medisinske støttefunksjoner. Videre vil RHFet videreføre arbeidet med å avklare regions-, flerområde- og områdefunksjoner og å beregne overføring av pasientvolumer fra sykehusområde Sentrum til områdene Vest og Øst, samt for å velge metode for overføring av ressurser. I tillegg kommer utredning av innholdet i overordnede samarbeidsavtaler som skal inngås i sykehusområder med mer enn ett helseforetak.

Det vil i fase 3 også skje utredning/planlegging av samling av regionale rehabiliteringstjenester i et regionalt rehabiliteringsforetak.

Når det gjelder sykehusområde Sentrum vil det arbeides videre med temaer som ikke ble berørt i fase 2, herunder storbylegevakt. I tillegg må det planlegges gjennomføring av modelluavhengige tiltak, samt med å planlegge gjennomføring for begge modellene, herunder utrede lokalisering og arealdisponering, volumforflytninger (detaljerte implikasjoner) og fordeling av elektiv virksomhet til lokalsykehus.

En sentral oppgave etter at innspillsrunden er avsluttet, vil være gjennomgang av høringsinnspill og forberedelse av styrebeslutning. I tillegg blir det viktig å forberede fase 4 ved å etablere mandater (inkl. mål, rammer og krav) for evt. fusjonsprosjekter og eventuelle andre prosjekter.

## **Status, mål og anbefalinger**

I de følgende avsnittene gjennomgås strategier og tiltak tematisk. I avsnittene beskrives først målbildet, slik det ble lagt gjennom helsepolitiske føringer og tidligere styrevedtak. Deretter beskrives status for organisering i dag, herunder gapet i forhold til det skisserte målbildet. Videre beskrives innspill fra sykehusområdene, i prosessen i fase II og i innspillsrunden i sykehusområde Sentrum. Med dette utgangspunkt angis eventuelt justering av målbildet,

dvs. hva Helse Sør-Øst ønsker å oppnå med strategiarbeidet. Avslutningsvis beskrives noen anbefalinger om videre arbeid.

## **Lokalbaserte funksjoner**

Utvikling av robuste lokalbaserte spesialisthelsetjenester er et sentralt helsepolitisk mål, fremhevet sist i Revidert nasjonalbudsjett for 2008. Lokalbaserte tjenester, enten disse organiseres i form av lokalsykehus, lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialiserte sykehus, eller i form av distriktsmedisinske sentra, nærsykehus eller sykestuer, skal i følge nasjonale politiske føringer være rettet inn mot de store sykdomsgruppene (vanlige lidelser som krever en generell tilnærming, ikke utpreget spisskompetanse) og mot pasienter som trenger tett oppfølging og behandling. De store sykdomsgruppene i årene fremover vil blant annet være eldre med kroniske og sammensatte lidelser, andre kronikergrupper og pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer. Robuste lokalbaserte spesialisthelsetjenester vil være viktig for å møte behovene til disse store pasientgruppene i årene fremover, både i form av forebygging, utredning, behandling og opplæring. Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser har behov for nærhet til og kontinuitet i tjenestene, og for å bli møtt på en helhetlig måte av personer og organisasjoner utviklet med vekt på breddekompetanse. Lokalsykehus skal sikre et fast kontaktpunkt for pasientene, bidra til et oversiktlig tilbud, og legge til rette for helhetlige pasientforløp basert på god samhandling med kommunene og med andre deler av spesialisthelsetjenesten. Den teknologiske utviklingen legger til rette for en desentralisering av flere typer tjenester, blant annet ved bruk av nye IKT- og telemedisinske løsninger. Slike løsninger har blant annet ført til at dialyse i dag kan gjennomføres desentralt.

I tråd med dette er det i følge styrevedtaket fra april et mål at lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen ved mer spesialiserte sykehus skal betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde. De skal tilby tjenester både innen somatikk, psykisk helsevern og rus. Lokalsykehus og lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialiserte sykehus skal i følge prinsippene utvikle breddekompetanse. Virksomheten må derfor organiseres på en måte som sikrer en helhetlig og bred faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser av både somatisk, psykisk og rusrelatert art. Lokalsykehusfunksjoner ved mer spesialisert sykehus skal tydeliggjøres.

I målbildet fra styrevedtaket fremgår videre at lokalsykehus kan ha ulike nivåer av akuttfunksjoner (se avsnitt om akuttfunksjoner). I lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal det normalt inngå polikliniske og elektive tjenester. Distriktspsykiatriske sentra (DPS), som er psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon, skal dekke befolkningens allmenne behov for slike tjenester. DPS skal lokalisere sine tjenester så nær befolkningen som mulig, og helst samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner. Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Lokale forhold, særlig reisetid til mer spesialisert sykehus, må legges til grunn ved utforming av det enkelte lokalsykehus sine akutte og elektive funksjoner og ved vurdering av behovet for andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud, for eksempel distriktsmedisinske sentra.

Det er i prinsippene videre presisert at det skal stilles samme kvalitetskrav til tjenestene ved lokalsykehus som til annen spesialisthelsetjeneste. Det siste er understreket også i Revidert nasjonalbudsjett for 2008, der det fremheves at lokalsykehusenes fortrinn med nærhet og lokalkunnskap er viktige dimensjoner i kvalitetsarbeidet, som må veies mot andre hensyn, blant annet den mer spesifikke behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Videre:

*"Volumet på den planlagte pasientbehandlingen ved sykehusene må derfor som hovedregel være stort nok til at det er mulig å sammenligne behandlingsresultat med andre sykehus for å kunne avdekke og rette opp feil. Derfor legger Regjeringen vekt på en arbeidsdeling mellom sykehusene for å ivareta behandlingskvaliteten. Dette kan som konsekvens føre til endrede arbeidsoppgaver for lokalsykehusene."*

Det finnes i dag i Helse Sør-Øst mange lokalsykehus og andre lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbud av høy kvalitet. I flere av sykehusområdene er det de siste årene gjort mye bra utviklings- og omstillingsarbeid, som har styrket disse tjenestene. Det er imidlertid enkelte svakheter ved det lokalbaserte spesialisthelsetjenestetilbudet i regionen som helhet, sett i forhold til målbildet. Mangelen på breddekompetanse på individnivå hos helsepersonell er et generelt problem, som også bidrar til rekrutteringsproblemer ved små lokalsykehus. I tillegg kommer at tjenestene enkelte steder ikke i tilstrekkelig grad er innrettet/organisert for å sikre breddekompetanse på organisasjonsnivå. Dette synes spesielt å gjelde for større og mer spesialiserte sykehus, der lokalsykehusfunksjonen ofte ikke er tydeliggjort. Det medfører en risiko for at pasienter ikke møter personell med riktig kompetanse, og for at de behandles på et for høyt omsorgsnivå. Ved enkelte lokalsykehus/lokalsykehusfunksjoner er tjenestene ikke i tilstrekkelig grad innrettet mot behovene i de store pasientgruppene, fremfor alt behovene hos eldre, rusavhengige og pasienter som trenger et lokalbasert spesialisert rehabiliteringstilbud. Videre er lokalbaserte tjenester innenfor somatikk, psykisk helse og rus ikke tilstrekkelig samordnet. I tillegg kommer at lokalbaserte spesialisthelsetjenester utenfor sykehus (distriktsmedisinske sentra mv.) er svakt utbygget.

Det er i innspillene ikke fremkommet innvendinger mot det generelle målbildet som er lagt for utvikling av de lokalbaserte tjenestene, med unntak av endringer i akuttfunksjoner. Generelt påpekes at den planlagte utviklingen innenfor helseforetakene og sykehusområdene er i tråd med målbildet, noe som er å forvente ettersom målbildet er i tråd med politiske føringer som har ligget fast over flere år. Det er imidlertid samtidig, i enkelte av sykehusområdenes innspill, ikke gitt tydelige beskrivelser av hvordan lokalsykehusene og lokalsykehusfunksjonen tenkes styrket og tydeliggjort, herunder hvilke tiltak som skal iverksettes for å sikre breddekompetanse på individ- og organisasjonsnivå og hvordan man ser for seg det elektive tilbudet ved lokalsykehusene. Det er fra regionssykehusnivå påpekt at det er behov for robuste indremedisinske funksjoner ved lokalsykehus, for at de mer spesialiserte sykehusene skal få ivarett sine funksjoner.

Viktig for å sikre robuste lokalsykehus er tiltak for å styrke breddekompetansen på individ- og organisasjonsnivå, samt utdanning og forskning ved lokalsykehus. Det vises til egne avsnitt om dette. Det vil herunder være viktig at lokalsykehusene spesielt, og helseforetakene generelt, bygger opp kompetente tverrfaglige team for å møte utfordringene knyttet til veksten i antall pasienter som trenger geriatrisk kompetanse. Det vil være ønskelig at det etableres akuttgeriatrisk sengeenhet. Akuttgeriatrisk metode bør benyttes.

## **Anbefalinger for videre arbeid**

- Lokalsykehusene (og sykehus med lokalsykehusfunksjon) vil bære det største ansvaret for at tjenestene i sykehusområdet, både de lokalbaserte og de spesialiserte, er tilpasset behovet i opptaksområdet. Dette ansvaret må utøves gjennom en tett relasjon til kommunene og de mer spesialiserte sykehusene. Lokalsykehuset er inngangen i spesialisthelsetjenesten, der tjenesten utøves på laveste effektive omsorgsnivå
- Akuttfunksjoner ved lokalsykehus skal utvikles i samsvar med Regjeringens framlegg om dette i RNB. I tråd med RNB må behovet for akuttfunksjoner ved lokalsykehus sees i nær sammenheng med det kommunale legevaktstilbudet (se avsnittet om akuttfunksjoner).
- Lokalsykehus og sykehus med lokalsykehusfunksjoner bør ha et entydig opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen, som skal være den samme for somatikk, psykisk helsevern og rus.
- Helse Sør-Øst og helseforetakene må sikre den nødvendige omprioritering av ressurser og omstrukturering av tilbudet som er nødvendig for å sikre og styrke de tjenestene som skal finnes på lokalsykehusnivå, fremfor alt de tjenestene som i dag er svake.
- Helse Sør-Øst og helseforetakene må sikre at lokalsykehusfunksjonen er tydeliggjort og at breddekompetanse etableres på individnivå (blant annet å etablere stillinger for

personell med ønsket bred kompetanse, som generell indremedisin og geriatri), på teamnivå ved tilstrekkelig tverrfaglighet, og ved å organisere virksomheten på en måte som sikrer en helhetlig og bred faglig tilnærming til pasienter med uavklarte og sammensatte lidelser.

- Helseforetakene skal utvikle det lokalbaserte rehabiliteringstilbudet i samarbeid med kommunehelsetjenesten (se også avsnittene om samhandling og om spesialisert rehabilitering). Viktig vil være å etablere et tilbud til ikke-selvhjulpne pasienter og pasienter som trenger et dag- eller døgntilbud i nærheten av hjemmet. Dette er i samsvar med Oppdragsdokumentet for 2008, der det er fremhevet at lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden er et viktig element i arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet. Ambulante rehabiliteringstjenester skal inngå som en del av lokalsykehusfunksjonen. Lokalsykehus skal på denne måten legge til rette for at pasienter som er behandlet på mer spesialisert sykehus, som trenger rehabilitering før overføring til hjemmet, kan overføres til lokalsykehuset.
- Helseforetakene skal sikre at volumet på de tjenestene som ytes er stort nok til å til at det er mulig å sammenligne behandlingsresultat med andre sykehus, for å kunne avdekke og rette opp feil.
- Opptaksområder mellom sykehusområder og helseforetak skal fordeles på en måte som sikrer enhetlige opptaksområder for rus, psykisk helsevern og somatikk.

## Sykehusstruktur

### Etablering av og inndeling i sykehusområder

Struktur i og organisering av helsetjenesten skal understøtte pasientenes behov og utvikling av god kvalitet i tjenestene. Endringer i behov og den faglige utviklingen i tjenestene gjennom flere år tilsier at det er behov for strukturelle endringer. Det er blant annet behov for en annen arbeidsdeling mellom sykehusene og mer samarbeid mellom dem enn det som er situasjonen i dag. For å legge til rette for dette ble det i styrevedtaket vedtatt som prinsipp at sykehusområder legges til grunn for videre utvikling av spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst. Et mer forpliktende samarbeid mellom sykehus innenfor et geografisk område skal legge til rette for helhetlige pasientforløp, et oversiktlig tjenestetilbud med god tilgjengelighet, differensiering av tjenestene i lokalbaserte, spesialiserte og regionale funksjoner, sikre at flest mulig spesialisthelsetjenester tilbys innenfor hvert sykehusområde, samordning av somatikk, psykisk helsevern og rus, styrket forskning og fagutvikling og god samhandling og oppgavefordeling med kommunene, samt god bruk av de samlede ressurser.

Mer presist sier styrevedtaket at spesialisthelsetjenestene innenfor et sykehusområde skal organiseres slik at sykehusene får klare roller som gir helhetlige pasientforløp med rett behandling på rett sted (laveste effektive omsorgsnivå). Tjenestene innenfor et sykehusområde skal differensieres i lokalbaserte og mer spesialiserte tjenester. Normalt skal sykehusområdet dekke 80-90 % av befolkningens behov for tjenester, noe som innebærer at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover skal være tilgjengelig i alle sykehusområder. Dette vil bety desentralisering av tjenester sammenliknet med dagens situasjon.

Det ble i styresak 038-2008 foreslått etablert følgende syv sykehusområder, med de merknader som framgår av saksutredningen:

Område	HF	Opptaksområder/kommentarer
Innlandet	Sykehuset Innlandet HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.</li> <li>• Jevnaker kommunes sykehus tilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.</li> <li>• Nes kommunes sykehus tilhørighet til Sykehuset Innlandet opprettholdes som i dag.</li> </ul>

Østfold	Sykehuset Østfold HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.</li> </ul>
Øst	Akershus universitetssykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusområdet omfatter bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna) i Oslo, Rømskog kommune i Østfold samt Akershus fylke med unntak av kommunene Asker og Bærum.</li> <li>Nes kommunes sykehustilhørighet til Sykehuset innlandet opprettholdes som i dag.</li> <li>Innfasing av bydel 12 (Alna), som er forutsatt å inngå fra 2011, samt evt. andre grensejusteringer, vurderes i det videre arbeidet.</li> <li>Dekning av kapasitetsbehov innen psykisk helse og rus vurderes i det videre arbeid.</li> <li>Ski sykehus og Folloklinikken inngår som en del av AHUS</li> </ul>
Sentrum	Ullevål universitetssykehus HF, Aker universitetssykehus HF, Rikshospitalet HF, Diakonhjemmets sykehus, Lovisenberg Diakonale sykehus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusområdet omfatter Oslo med unntak av bydelene 10 (Grorud), 11 (Stovner) og 12 (Alna)</li> </ul>
Vest	Sykehuset Asker og Bærum HF, Sykehuset Buskerud HF, Blefjell sykehus HF, Ringerike sykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder.</li> <li>Eksisterende tilbud til befolkningen i Rjukan og Notodden ved sykehuset Telemark videreføres.</li> <li>Jevnaker kommunes sykehustilhørighet til Ringerike sykehus opprettholdes som i dag.</li> </ul>
Telemark/ Vestfold	Sykehuset Telemark HF, Sykehuset i Vestfold HF, Psykiatrien i Vestfold HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusområdet omfatter helseforetakenes nåværende opptaksområder.</li> <li>Eksisterende tilbud til befolkningen i Rjukan og Notodden ved sykehuset Telemark videreføres.</li> </ul>
Sørlandet	Sørlandet sykehus HF	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sykehusområdet er det samme som dagens opptaksområde.</li> </ul>
I tillegg kommer Sunnaas sykehus HF, som ikke inngår i noen av de syv sykehusområdene		

Det ble i vedtaket åpnet for justeringer av sykehusområdene.

I innspillene og prosessen er det ikke kommet innvendinger mot å legge sykehusområder til grunn for den videre utviklingen av tjenestene. Det er imidlertid fremkommet bekymring for at sykehusområdene skal redusere befolkningens mulighet til å videreføre etablerte relasjoner til sykehus. Brukere har i tråd med dette vært opptatt av sykehusområdenes betydning for retten til sykehusvalg. Det må derfor presiseres at retten til fritt sykehusvalg gjelder uavhengig av etablering av sykehusområder i Helse Sør-Øst. Retten til fritt sykehusvalg gjelder for funksjoner på samme nivå. Dette innebærer at pasienter med kroniske lidelser har rett til å velge hvor de skal følges opp for sin lidelse, på riktig nivå. Det må også presiseres at befolkningen i hele Helse Sør-Øst skal ha lik tilgjengelighet til de regionale funksjonene, herunder til multitraumefunksjonen som i dag ligger ved Ullevål universitetssykehus.

### Justering av sykehusområder?

Det er i prosessen fremkommet forslag til enkelte justeringer i sykehusområdenes opptaksområder. Det er blant annet foreslått å dele Blefjell sykehus HF, slik at driftsstedet Kongsberg blir en del av sykehusområde Vest, mens Notodden og Rjukan blir en del av sykehusområde Telemark og Vestfold. Forslaget støttes av sykehusområdet Vest, mens sykehusområde Telemark og Vestfold tar forbehold, først og fremst ut fra økonomiske vurderinger. Argumenter for en deling er at dette vil samsvare med tradisjonelle, og geografisk sett "naturlige", pasientstrømmer for pasienter i dette området. Blefjell sykehus Kongsberg har etablerte pasientstrømmer til Sykehuset Buskerud innen både somatikk og psykisk helse, mens spesialiserte behandlingstilbud for pasienter i opptaksområdet for Blefjell sykehus Rjukan og Notodden, i dag i hovedsak ytes fra Sykehuset Telemark.

Spørsmålet om å dele Blefjell sykehus, og legge Rjukan og Notodden sykehus inn under Sykehuset Telemark HF i sykehusområde Vestfold og Telemark møter skepsis i enkelte miljøer, blant annet hos Tinns representanter i styret for sykehuset.<sup>6</sup> Argumenter som trekkes frem er at Rjukan sykehus vil leve farligere i et nytt foretak enn underet Blefjell Sykehus, samt at de to sykehusene i Nord-Telemark orienterer seg mer mot Oslo enn mot Vestfold.

Det er videre, blant annet i innspillene fra fagforeningene ved Aker universitetssykehus HF, tatt til orde for at befolkningen i Groruddalen samles innenfor sykehusområde Sentrum. Argumentene for dette er blant annet at for å kunne utjevne de helsemessige forskjellene mellom øst og vest i Oslo, bør ett lokalsykehus (Aker) få ansvar for alle bydelene i Groruddalen. I tillegg trekkes frem at det kan stilles spørsmål ved om, og evt. når, Ahus har kapasitet til å ta det opptaksområdet det er tiltenkt.

Bydelene Stovner og Grorud ble overført til Ahus allerede i 2004. Det ble da også fattet vedtak om overføring av Alna når utbyggingen ved Ahus var ferdig. Det er opprettet gode relasjoner mellom Ahus og bydelene Grorud og Stovner, både med samarbeidsavtaler, avtale om intermediæravdeling og praktisk tilrettelegging av pasienttransport, inklusive TT kort. Når nye Ahus står klar oktober 2008 er det investert ca. 7 mrd. milliarder kroner, og allerede nå behandler Ahus like mange pasienter som det er ment å gjøre etter innflyttingen. Dette medfører en økt kapasitet på senger, operasjonsstuer med mer, samt forbedret pasientlogistikk og bruk av IKT. Beregninger fra andre prosjekter (Rikshospitalet og St. Olavs hospital) viser at kapasiteten i nybygg er langt større enn beregnet på grunn av disse forbedringene. Dette er sannsynligvis også tilfelle for Ahus. På enkelte områder behandler sykehuset i dag omtrent like mange pasienter som plangrunnlaget for nytt sykehus.

På bakgrunn av den usikkerhet som er uttrykt i forhold til Ahus sin kapasitet, har Helse Sør-Øst gjort egne analyser av kapasiteten ved Ahus både innen somatikk og psykisk helsevern. I analysene er kapasiteten ved Ahus "benchmarket" med kapasiteten ved Sykehuset Innlandet HF og Sykehuset Sørlandet HF. Analysen taler for at Ahus vil ha tilstrekkelig kapasitet innenfor somatikken, og at det foreslåtte opptaksområdet vil sikre effektiv utnyttelse av investeringene på Ahus. Når det gjelder psykisk helsevern viser beregningene at dersom Ahus overtar Alna DPS og Folloklinikken utbygges, er trolig DPS-kapasiteten tilstrekkelig. Når det gjelder psykiatriske døgnplasser, mangler imidlertid anslagsvis 60 senger, som ikke kan dekkes innenfor vedtatte investeringer på nye Ahus. Det anses å være to alternative måter å dekke behovet for psykiatriske plasser ved Ahus: Ny-/ombygging for psykiatriske formål på Ahus sitt område (beregnet til en samlet investering på 350 millioner kroner) eller fortsatt drift i Akers eksisterende lokaler for psykiatri (Gaustad). Med dagens investeringskapasitet vil det være vanskelig å prioritere ytterligere investering på Ahus, når det finnes kapasitet for psykiatriske døgnplasser i Sentrum.

Et tema med relevans for denne problemstillingen er at Oslo kommune vil ha bydeler i både sykehusområde Øst og Sentrum ved den foreslått sykehusområdeinndelingen. Dette er ikke en ny situasjon, men innebærer allikevel at det kreves en koordinering av helseforetakene i Sentrum og Øst sin samhandling med Oslo kommune, slik at kommunen opplever en helhetlig tilnærming i forhold til egne behov. Samhandlingen mellom helseforetakene og administrasjonen i Oslo kommune om pasientbehandling skjer imidlertid først og fremst på bydelsnivå, og en reversering av beslutningen om at Stovner og Grorud skal tilhøre Ahus sitt opptaksområde, vil bety at de etablerte samhandlingsrelasjoner mellom bydeler og helseforetak, som beskrevet, brytes.

En annen problemstilling knyttet til spørsmålet om hvilket sykehusområde Groruddalens befolkning skal tilhøre, er hva det ville innebære å redusere Ahus sin kapasitet tilsvarende en tilbakeføring av bydelene Stovner, Grorud og Alna (som utgjør en befolkning på om lag

---

<sup>6</sup> Nettsidene: Kampen for lokalsykehusene 29.01.2008. <http://lokalsykehus.blogspot.com/2008/01/skepsis-til-opplise-blefjell-sykehus.html>

99 000). Det vil gi Ahus et opptaksområde på om lag 330 000, dvs. tilsvarende om lag plangrunnlaget for nytt sykehus (340 000). Det har imidlertid vist seg at sykehuset har en langt større somatisk kapasitet. Dersom man ikke kompenserte et evt. bortfall av de tre bydelene fra sykehusområde Øst, vil dette innebære en underutnytting av kapasiteten ved Ahus. For å sikre effektiv drift ved nye Ahus, må da vurderes å flytte opptaksområde fra sykehusområde Østfold eller Innlandet (ca. 100 000 mennesker) til Øst/Ahus, noe som ville kunne få uheldige konsekvenser for disse sykehusområdene, som allerede har relativt små opptaksområder, blant annet for hvilke funksjoner som kunne tilbys innenfor disse sykehusområdene.

## **Koordinering og styring innenfor sykehusområder**

Formålet med et mer forpliktende samarbeid mellom sykehus innenfor et sykehusområde er ikke bare en mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom foretakene/sykehusene (tydeligere roller/differensiering), men også koordinering av rutiner for å sikre oversiktlig og helhetlige pasientforløp, og tettere faglig samarbeid for å sikre mer likeverdige tilbud og enhetlig høy kvalitet.

Styrevedtaket sier at sykehus innenfor et sykehusområde skal etablere felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering, og legge til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene. Kommuneadministrasjonen, fastleger, avtalespesialister og sykehusspesialister innenfor et sykehusområde bør i fellesskap utvikle rutiner og faglige retningslinjer som sikrer dette.

Det er også i styrevedtaket lagt til grunn faglig koordinering innenfor sykehusområdene. Koordinering av behandlingsrutiner (jæmfør over) innebærer faglig koordinering. Dette er imidlertid tydeligst uttrykt når det gjelder akutfunksjoner, der det står i prinsippene at ett sykehus innenfor hvert sykehusområde normalt skal ivareta akutfunksjoner og faglig koordinering for kirurgiske og ortopediske tjenester.

Mens rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering bør koordineres på tvers av fagfelt (være felles for alle avdelinger og helseforetak innenfor et sykehusområde), må faglig koordinering skje innenfor fagfelt. Muligheten for faglig koordinering er høyest når alle tjenester for ett fagfelt er samlet i en avdeling med en lokalisasjon, eventuelt en avdeling med flere lokalisasjoner (hovedavdeling og satelitter). Alternativt kan faglig koordinering forankres i samarbeidsløsninger, dvs. at flere avdelinger med ulik ledelse samarbeider om å utarbeide felles retningslinjer og faglige prosedyrer mv. I sistnevnte tilfelles styrkes koordineringen av at personell roterer mellom avdelinger eller hospiterer hos hverandre. Dette bidrar til både kompetanseutveksling og en mer felles kultur. Rotasjon og ambulerende kan i tillegg være viktig for å sikre et desentralt tilbud der man velger å samle tjenestene i en avdeling for å sikre kvalitet. Eksempler på dette kan være at avdelingen på et spesialisert sykehus etablerer et poliklinisk tilbud på et lokalsykehus ved ambulerende personell. Både for å sikre faglig koordinering, et mest mulig desentralt tilbud og for å opprettholde og utvikle kompetanse hos ansatte, legger styrevedtaket fra april til grunn at det bør etableres ordninger for sykepleiefaglig kompetanseutveksling, ambulerende av spesialister, gjensidig hospitering mellom "søsteravdelinger", og legges til rette for at spesialister kan inngå i vaktordninger ved annet sykehus enn det som er spesialistens hovedtjenestested.

Muligheten for koordinering av rutiner og faglig praksis og for en mer fleksibel bruk av personell er avhengig av styringsstrukturen innenfor sykehusområdene. I tråd med dette er det først og fremst de sykehusområder som består av ett helseforetak som melder i sine innspill at de allerede er i gang med å sikre koordinering. I de øvrige sykehusområder er arbeidet kommet kort. Koordinering må derfor sees i sammenheng med styringsstruktur (se under)

Fra tillitsvalgte/fagforeninger er det kommet innvendinger mot en mer helhetlig bruk av personellressursene, spesielt mot ordningen med at leger kan inngå i vaktordninger ved annet sykehus enn det som er hovedtjenestested. Det presiseres derfor at ordninger med

rotasjon, hospitering mv. mellom helseforetakene, samt eventuelle ordninger der leger inngår i vaktordninger ved annet sykehus, må skje på en måte som ivaretar linjeledelsens styringsrett og ansvar for egen virksomhet. Muligheten for dette er derfor avhengig av styringsstrukturen. I tillegg kommer at hva som er faglig gode løsninger med hensyn til bruk av personell, vil være avhengig av struktur og oppgavedeling innenfor det enkelte sykehusområdet, avstander mellom sykehusene, samt andre lokale forhold. Det som anses som faglig gode løsninger, som vil understøtte ønsket utvikling av tjenestetilbudet og sikre faglig kvalitet i tjenestene, må søkes etablert gjennom gode samarbeidsprosesser med de ansatte, og med utgangspunkt i etablerte avtaleordninger og inngåtte avtaler.

### Modeller for styring/koordinering innenfor sykehusområder

Det er i hovedsak fire styringsmodeller som er aktuelle innenfor sykehusområdene. Disse legger i ulik grad til rette for den ønskede koordinering av rutiner og faglig praksis, samt utveksling av kompetanse/personell.

#### Felles ledelse gjennom opprettelse av et nytt helseforetak:

Ved fusjon av helseforetakene til et nytt helseforetak innenfor et sykehusområde samles kompetansen, noe som gir større og mer robuste fagmiljøer. Ved fusjon vil felles rutiner og prosedyrer kunne etableres gjennom styringslinjen. Denne modellen gir også større muligheter for av personell kan tjenestegjøre på tvers av enheter innenfor sykehusområdet (helseforetaket), og derfor for å opprettholde et faglig sterkt og bredt desentralt tilbud. Felles finansieringsmodell innenfor foretaket legger til rette for samarbeid på tvers av enheter. Felles IKT-løsninger vil legge til rette for god informasjonsflyt. I tillegg til de faglige gevinstene gir fusjoner muligheter for økonomiskadministrative stordriftsfordeler.

#### Samling av tjenestene:

Funksjonsfordeling er et virkemiddel for det regionale helseforetaket. Dette kan, i tråd med prinsippene, vedta samling av spesialiserte funksjoner og akuttfunksjoner ett sted i et sykehusområde og på tvers av helseforetak. Ved samling oppnås at alle tjenester innenfor ett fagfelt er under felles linjeledelse. Dette vil gi felles faglige prosedyrer. Samling i en avdeling trenger ikke bety at tjenestene bare ytes ett sted. En avdeling kan være organisert med en hovedavdeling og satellitter, evt. poliklinisk tilbud, på andre lokalisasjoner. Dette må skje på en måte som sikrer entydige ansvarslinjer.

#### Avtalebasert samarbeid:

Koordinering av rutiner og faglig praksis, samt utveksling av personell, kan finne sted med utgangspunkt i en overordnet samarbeidsavtale mellom to eller flere helseforetak, der det fastsettes på hvilke områder det skal etableres samarbeid og hvordan samarbeidet skal skje, hvem som skal ha ansvar for å følge opp samarbeidet og hvordan uenighet skal løses. Med forankring i den overordnede avtalen kan det så inngås avtaler innenfor enkeltfagfelt om utvikling av faglige prosedyrer mv., avtaler om rotasjon og hospitering mellom foretakene mv., om etablering av felles rutiner for innleggelse, utskrivning og faglig konferering mv. I denne modellen ligger ansvaret for oppfølging av samarbeidet på ledelse i helseforetakene.

#### Frivillig samarbeid mellom fagavdelinger:

Den minst forpliktende formen for koordinering innenfor sykehusområder vil være at samarbeidet baseres på frivillighet og etableres etter initiativ fra ledere på den enkelte avdeling.

## Innspill angående styringsmodeller

De tre sykehusområdene som i dag er flere enn ett helseforetak ble i mandatet bedt om å gi en vurdering av hensiktsmessig styringsmodell for sykehusområdet, og eventuelle forslag til endringer i sykehusstrukturen og inndelingen i helseforetak i området, for å nå målene.

De tre sykehusområdene har foreslått ulike modeller i sine innspill.

### Sykehusområde Vest

Foretaksledelsen ved helseforetakene i sykehusområde Vest diskuterer i sitt innspill fire ulike styringsmodeller: 1) Dagens modell, 2) Dagens modell med overbygning/avtaler, 3) Etablere to helseforetak og 4) Etablere ett felles helseforetak med en felles ledelse. Konklusjonen i rapporten er at modell 4 anbefales. Begrunnelsen er at etablering av ett felles helseforetak med en felles ledelse vurderes som den løsning som vil gjøre sykehusområdet best i stand til å løse oppdraget som er gitt, møte de framtidige utfordringer innen medisinsk teknologisk utvikling, endrede behov i befolkningen og kravet til økonomisk balanse.

Det vises i innspillet til at det ikke er alle som støtter fusjon. Det er i møte med tillitsvalgte, verneombud og brukere fremkommet en klar overvekt av synspunkter for å velge modell 2, dvs. dagens styringsmodell med overbygning/avtaler. Argumenter for denne løsningen er at den vil gi stabilitet og forutsigbarhet, herunder kontinuitet i fagmiljøer og stabile rammer for videre oppfølging av økonomisk balanse, samtidig som man øker muligheten for utforming og implementering av tilbud på tvers av foretaksgrenser. Styret ved Ringerike sykehus HF har i eget brev til Helse Sør-Øst uttrykt at det mener sykehuset bør bestå som eget helseforetak.<sup>7</sup> Begrunnelsen styret gir, er at helseforetaket i dag er velfungerende som en liten selvstendig enhet.

### Sykehusområde Sentrum

Det vises til eget avsnitt.

### Sykehusområde Vestfold og Telemark

Foretaksledelsen ved helseforetakene i sykehusområde Vestfold og Telemark anbefaler at de tre foretakene videreføres som selvstendige organisatoriske og juridiske enheter. I tråd med dette anbefales heller ingen overordnet avtalebasert samarbeidsstruktur, men i stedet det de omtaler som "samarbeidslinjen". Denne går ut på å etablere samarbeid basert på frivillighet, drøftinger og vilje til enighet. Samarbeidet skal skje innen rammene av linjeorganisasjonen, dvs. at de resultatansvarlige lederne får det reelle ansvaret for samarbeidet innen sine ansvarsområder. Fagmiljøene skal selv drive fram det faglige samarbeidet mellom likeartede enheter. Ledelsens oppgave skal være å tilrettelegge for, og stimulere, til slikt samarbeid, som skal bygges stein på stein i et naturlig utviklingsforløp. Målet er å utvikle samarbeidet trinnvist ved å utrede, beslutte og implementere samarbeidstiltak etter hvert som de er "modne".

I tråd med den foreslåtte modellen foreslår sykehusområde Vestfold og Telemark at det for psykisk helsevern og rusbehandling opprettes et felles rådgivende samarbeidsutvalg. Dette skal være pådriver for felles faglig utvikling i form av felles prosedyrer og faglige retningslinjer og strategi for kompetansebygging for å nå målene.

Begrunnelsen foretaksledelsen gir for denne tilnærmingen, er de erfaringer Sykehuset i Vestfold og Sykehuset i Telemark har fra før når det gjelder funksjonsfordelinger og nærmere samvirke mellom de to sykehusene/helseforetakene. Disse erfaringene viser at det skal lite til før det oppstår uønskede konflikter som fører til at situasjonen låser seg. Dette mener

---

<sup>7</sup> Jamfør brev til styreleder og adm.dir. i Helse Sør-Øst, datert 21. mai 2008

foretaksledelsene tilsier klokskap og forsiktighet i tilnærmingen. Videre er foretaksledelsene opptatt av at de beslutninger som tas skal ha legitimitet hos ansatte og fagmiljøer i sykehusene og aksept og oppslutning i de samfunn som ligger rundt sykehusene.

En videreføring av helseforetakene i sykehusområde Vestfold og Telemark støttes av Grenlands-samarbeidet, som består av ordfører, varaordfører og opposisjonsleder i de seks kommunene Skien, Porsgrunn, Bamble, Siljan, Kragerød og Drangedal.<sup>8</sup> Dette støttes også av bystyret i Skien.<sup>9</sup> Begrunnelsen bystyret gir er at det mener fusjon vil medføre at ett av sykehusene må defineres som områdesykehus og det andre som lokalsykehus.

### Oppfølging:

Helse Sør-Øst skal sikre en styringsstruktur innenfor sykehusområdene som understøtter virksomhetens kjerneaktiviteter og tjenestestruktur (pasientbehandling, forskning, undervisning, pasientopplæring). I vurderingene av styringsstruktur legges videre til grunn at denne skal bidra til:

- Ønsket koordinering innenfor sykehusområdet
- Å sikre nødvendig fokus på sentrale deler av virksomheten, for eksempel henholdsvis lands-, region- og områdefunksjoner og lokalsykehusfunksjoner.
- At unødvendig dublering av administrasjon, ikke-medisinske støttetjenester og medisinske støttetjenester unngås.
- At enhetene blir både faglig og økonomisk bærekraftige

Lokale forhold vil være av betydning for hva som er den mest egnede styringsmodell i det enkelte sykehusområde. Blant annet vil det i sykehusområde Sentrum være nødvendig å vurdere hvilken struktur som best ivaretar landsfunksjoner, forskning og universitetsmiljøer.

En vurdering av helseforetaksstrukturen vil, med utgangspunkt i innspillene som mottas i høringen, legges fremfor styret i møtet i november.

Når felles ledelse anses som beste modell for å oppnå kvalitative og økonomiske gevinster, kan ulike forberedende tiltak iverksettes for eksempel. Kan helseforetak samles i en interimorganisasjon for utredning av hva som er riktige organisatoriske løsninger.

Helseforetak i sykehusområder som skal videreføres med mer enn ett helseforetak må uansett inngå overordnede forpliktende samarbeidsavtaler. Avtalene skal legge grunnlaget for underordnede avtaler som regulerer samarbeid om tjenester, faglig koordinering, felles rutiner for innleggelse, utskrivning og pasientflyt mellom foretakene, samt hospitering, rotasjon mv.. Det vises til RNB, som fremhever behovet for forpliktende nettverk mellom sykehus. Rutinene må legges til rette for at oppfølging og kontroll av pasienter i størst mulig grad kan ivaretas av fastlegene. Kommuneadministrasjonen, fastleger og avtalespesialister må delta sammen med helseforetakene i arbeidet med å utarbeide disse rutinene. Videre utredning av innholdet i disse overordnede samarbeidsavtalene skal utredes i fase III.

### Særskilt om private

Private aktører er en viktig ressurs i helsetjenesten, som i følge nasjonal helsepolitikk skal sikres gode og stabile rammevilkår i sine avtaler med det offentlige. For å sikre helhetlige vurderinger i forhold til sørge for ansvaret, herunder unngå en situasjon med "bukken og havresekken", skal avtalene med de private tjenestetilbydere inngås av de regionale helseforetak, ikke helseforetakene. Dette er imidlertid ikke til hinder for at avtalene kan forvaltes på lavere nivå, eller at avtaler kan inngås etter en prosess der både det både

---

<sup>8</sup> Jamfør brev til Helse Sør-Øst datert 26. mai 2008.

<sup>9</sup> Jamfør brev til Helse Sør-Øst datert 19. mai 2008

regionale helseforetaket, den private aktøren og aktuelle helseforetak deltar. Styret i Helse Sør-Øst vedtok i sak 020/2008 en strategi for private aktører som legges til grunn i det videre arbeidet.

Et viktig poeng når det gjelder de private aktørene, er at disse bærer hele det økonomiske ansvaret for sin virksomhet og kan gå konkurs. De private aktørene har også selv økonomisk ansvar for nødvendige investeringer, noe som gjør at det er behov for forutsigbarhet og langsiktighet. Kun ved langsiktighet vil de private aktørene bli i stand til å gjennomføre nødvendige omstillinger og investeringer i samsvar med de krav som de regionale helseforetakene stiller ved avtaleinngåelse, og dermed bidra til å møte behovene til befolkningen i regionen.

For å oppnå formålet med etablering av sykehusområder, vil det være nødvendig at de private sykehusene som Helse Sør-Øst RHF har driftsavtaler med, inngår i oppgave- og funksjonsfordelingen innenfor det sykehusområdet de naturlig hører hjemme, sett både ut fra lokalisering og pasientgrunnlag. Når det gjelder Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus, har disse opptaksområder på lik linje med de offentlig eide sykehusene, og er på mange måter trukket inn i det styringsopplegget Helse Sør-Øst normalt gjennomfører. Slik har situasjonen vært siden lenge før sykehusreformen (sykehusene inngikk i fylkeskommunale planer). Dette er bakgrunn for at disse sykehusene har deltatt sammen med de andre helseforetakene i prosessen i sykehusområde Sentrum. Tilsvarende gjelder ikke i samme grad de tre andre private sykehusene som Helse Sør-Øst har driftsavtaler med, dvs. Martina Hansen Hospital, Reumatismesykehuset og Betanien. Det har imidlertid i fase II, mens sykehusområdene har arbeidet med sine innspill til hovedstadsprosessen, vært gjennomført møter med disse tre sykehusene. Det er i møtene blitt formidlet at det regionale foretaket legger til grunn at driftsavtalene fortsatt skal ligge på det regionale helseforetaket, men at sykehusene skal inngå i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Dette må skje gjennom prosesser der det regionale helseforetaket, helseforetak i sykehusområdet og det private sykehuset arbeider sammen, og innenfor rammen av de hensyn som har gjort at avtalene skal inngås med det regionale helseforetaket. Formålet er likebehandling av de private og de offentlige sykehusene både når det gjelder effektivisering, omstilling og arbeidsfordeling.

Private avtalespesialisters praksis er forankret i avtaler på to nivåer, en sentral rammeavtale mellom Legeforeningen og de regionale helseforetakene og individuelle avtaler mellom en avtalespesialist og et regionalt helseforetak. Det pågår for tiden et arbeid i Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på å endre rammebetingelsene for de private avtalespesialistene, for å få til en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks oppfyllelse av "sørge for" ansvaret. Når Helse Sør-Øst nå etablerer sykehusområder, ville det være hensiktsmessig at avtalespesialistenes praksis ble sett i sammenheng med behovet for tjenester innenfor det sykehusområdet de er etablert. På lik linje med de private sykehusene vil det derfor være ønskelig at de individuelle avtalene med avtalespesialistene i større grad inngås etter en prosess der både det regionale helseforetaket, aktuelle helseforetak og aktuelle avtalespesialist deltar.

## Anbefalinger for videre arbeid

- Hovedstadsprosessen innebærer ikke endringer i rammeverket for samarbeidet mellom Helse Sør-Øst og private aktører jfr styresak 020/2008. Tvert imot er det, med de store omstillinger som nå kommer, viktig at det gjennomføres prosesser som understøtter de private aktørenes legitime behov for forutsigbarhet. Det er imidlertid et mål at de private aktørene skal inngå i oppgave- og funksjonsdelingen innenfor sine respektive sykehusområder. Dette skal ivaretas ved at driftsavtalene utformes gjennom gode prosesser der Helse Sør-Øst RHF, aktuelle helseforetak og aktuelle private leverandører deltar og samarbeider.

## **Samhandling med kommuner/bydeler**

I Nasjonal helseplan står at: "Mangel på samhandling innad i og mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester kanskje er den største utfordringen helsetjenesten står overfor. Det er et viktig helsepolitisk mål å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet, særlig for pasientgrupper med behov for sammensatte tjenester over lang tid." I tråd med dette ble i 2007 undertegnet en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Ett av hovedformålene med avtalen er å understøtte inngåelse av lokale avtaler, og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. Videre er et eget avsnitt i oppdragsdokumentet for 2008 viet helhetlige og sammenhengende tjenester (3.2.4). Her er målet om en helhetlig og sammenhengende helsetjeneste, som er preget av kontinuitet og helhetlige behandlingsskjeder utdypet, og tiltak de regionale helseforetakene skal iverksette presisert. Pasientgrupper som særlig trekkes frem er pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, samt barn og unge som har behov for tjenester fra psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglige spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og fra barnevernet.

Utviklings- og omstillingsarbeidet i Helse Sør-Øst skal bidra til å oppfylle de nasjonale mål. Dette ligger til grunn for det målbildet som ble skissert i prinsippene i styresak 38/2008. I følge disse skal planlegging og utvikling av tjenestetilbudet skje i en forpliktende samhandling med kommunene. Målet er best mulige pasientforløp, god planlegging og koordinering av tjenestene og behandling på laveste effektive omsorgsnivå. Det ble i tillegg angitt en rekke spesifikke tiltak for å oppnå dette, som blant annet går på videreutvikling av samarbeidsavtaler og samarbeidsutvalg, tilrettelegging for kompetanseutveksling, utvikling av differensiert tilbud slik som felles akuttmottak, forsterkede sykehjem, intermedisæravdelinger mv., og etablering av IKT løsninger som fasiliteter samarbeid mellom kommunen og foretak. Det ble herunder presisert at samarbeidet bør forankres i samarbeidsutvalg med representasjon også fra brukerne, ansatte og praksiskonsulentene, at samarbeidet skal være målrettet i forhold til forbedring av tjenestene, og at det skal bidra til forutsigbare og gode utviklings- og omstillingsprosesser ved gjensidig informasjonsutveksling og ved vurderingen av konsekvenser for hele behandlingsskjeden.

Innspillene fra sykehusområdene viser at helseforetakene er kommet ulikt langt i å etablere gode samarbeidsrelasjoner med kommuner i sine opptaksområder. Det vises for øvrig til styresak 062-2007, der det er gitt en beskrivelse av status for, og videreføring av samhandlingstiltak initiert i de tidligere regionale helseforetakene.

Det er innspillene som er mottatt, ikke fremkommet motforestillinger mot målsettingen om å styrke samhandlingen, eller mot tiltakene for å oppnå dette. Dette innebærer at målbildet ligger fast.

I tråd med styrevedtaket har det regionale helseforetaket og Oslo kommune i fellesskap tatt initiativ til å etablere en overordnet strategisk samarbeidsavtale. Avtalen vil gi føringer for avtalestrukturen mellom partene på lavere nivå, innholdet i samarbeidet på lavere nivåer, og også for sammensetningen av samarbeidsutvalgene på lavere nivåer. Partene er blant annet enige om at brukerrepresentanter bør inn i samarbeidsutvalgene.

I samarbeidet mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst er det også fremkommet bred enighet om at dårlig pasientflyt er en stor utfordring. Partene er enige om at problemet med utskrivningsklare pasienter må sees som en del av et større problem med pasientflyt totalt sett, der god flyt inn i spesialisthelsetjenesten (dvs. at de riktige pasientene kommer til når de trenger det, uten uhensiktsmessig ventetid) og god flyt internt i spesialisthelsetjenesten (slik at unødig venting unngås og de samlede ressurser benyttes best mulig) er like viktig som god flyt ut fra sykehus. Partene er nå enige om å videreføre samarbeidet om skisse, mandat og framdrift for et pasientflytprosjekt, jamfør vedtak i styret i Helse Øst i 19. april 2007.

Det er avdekket behov for enkelte suppleringer til målbildet. Det er for det første avdekket at samarbeidet er kommet lengst når det gjelder somatikk og psykisk helsevern, og at det er

behov for å styrke det avtalebasert samarbeid på andre fagområder, herunder innen rus og rehabilitering. I tillegg er det fremkommet bred enighet om at finansieringsordningene generelt ikke understøtter god samhandling mellom partene. Det er flere ulike problemer knyttet til finansiering. Et overordnet problem er at partene tilhører to ulike forvaltningsnivåer med ulike finansieringsordninger. Når det gjelder betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter, er det mye misnøye med denne, men ulike syn på hva som er hovedproblemet og ønskede tiltak. Det synes imidlertid å være enighet om at det er ønskelig at det finnes en økonomisk pott partene kan søke om støtte fra, til å igangsette innovative samhandlingsprosjekter.

### **Anbefalinger for videre arbeid**

- Helse Sør-Øst vil stimulere utviklingen av nye samarbeidsformer ved å for eksempel å etablere en innovasjonspott.

Eller:

Helseforetakene skal selv ta initiativ til å avsette midler til samarbeidsprosjekter.

- Helseforetakene skal ta initiativ til å videreutvikle eksisterende avtaler med kommuner/bydeler. Avtalene må sikre en klar fordeling av ansvar, gjensidig kompetanse- og informasjonsutveksling, mulighet for deltakelse i hverandres planprosesser og plikt til å vurdere konsekvenser for hele behandlingsskjeden ved endringer i egne tjenester.
- Helseforetakene skal ta initiativ med sikte på å sikre at samarbeidsutvalg har myndighet til å forvalte avtalene og håndtere innhold og eventuelle avvik. Samarbeidsutvalgene bør ha representasjon også fra brukerne, ansatte og praksiskonsulentene.
- Helseforetakene skal sikre at samhandlingen er målrettet i forhold til forbedring av tjenestene.
- Helseforetakene skal organisere sin virksomhet slik at gjensidig utveksling av kompetanse mellom nivåene finner sted.
- Helseforetakene skal inngå i et forpliktende samarbeid med kommunene/bydelene for å utvikle et differensiert tilbud med lokal tilpasning, eksempelvis intermedisæravdelinger, forsterkede sykehjemsavdelinger, felles akuttmottak mv.
- Helseforetakene skal etablere samarbeidsavtaler med kommuner/bydeler som også dekker rus- og rehabiliteringstjenester.
- Helseforetakene skal bidra til at det etableres IKT-løsninger som tillater effektiv elektronisk informasjonsutveksling innad og mellom ulike nivåer i primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Helseforetakene skal rapportere om utviklingen av samarbeidet i årlig melding.

### **Prehospitale tjenester**

I følge styrevedtaket er målbildet at det må sikres kvalitative, effektive og trygge prehospitale tjenester med tilstrekkelig kapasitet. Dette er også et sentralt punkt i Revidert nasjonalbudsjett for 2008. Der står det at ambulansetjenesten er en stadig viktigere del av den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Den er viktig både for tidlig diagnostikk ved akutt sykdom, for transport til riktig nivå i det enkelte tilfelle, og ved noen tilstander også for å igangsette tidlig behandling. Regjeringen vil sørge for tilgang på kompetent personell ved ambulansene, ved å følge opp utredningen fra Helsedirektoratet om videreutdanning i akuttmedisin/prehospitalt arbeid for ambulansepersonell (desember 2007). Videre har Helse- og omsorgsdepartementet i april 2008 oppnevnt en bredt sammensatt arbeidsgruppe som har fått i mandat å foreta en gjennomgang av de prehospitale tjenestene med hovedvekt på AMK-sentraler, bil-

og båtambulansetjenesten, samt komme med forslag til eventuelle endringer på områder der dette er aktuelt. Utgangspunktet er at de prehospitaltjenestene skal sees som en del av den helhetlige akuttmedisinske behandlingsskjeden og ivareta befolkningens behov for oppdatert prehospital behandling og transport til riktig behandlingsnivå i tråd med moderne behandlingsprinsipper. Det skal vurderes hvilke kvalitative og kvantitative konsekvenser omlegging til de ulike veiledende standardene for akutfunksjoner vil få for ambulansetjenesten. Arbeidsgruppen skal avgi rapport ved årsskiftet 2008/2009.

Endringer i struktur- og oppgavedelingen innenfor det enkelte sykehusområde vil få betydning for de prehospitaltjenestene. Å etablere tiltak, både innenfor det enkelte sykehusområde og regionalt, for å sikre kvalitative, effektive og trygge prehospitaltjenester med tilstrekkelig kapasitet, vil derfor bli viktig, spesielt i de sykehusområdene det skjer større endringer i funksjons- og oppgavedelingen. Ettersom de nasjonale helsemyndigheter for tiden arbeider med dette temaet, vil tiltakene måtte tilpasses de konklusjoner som trekkes og forslag som fremmes nasjonalt. Hovedvekten av arbeidet frem til årsskiftet, vil derfor være å utrede konsekvenser av de endringene som gjøres, og å iverksette tiltak på kort sikt for å sikre kvalitet i tjenesten. Tiltak på lengre sikt må utformes når nasjonale føringer forligger.

Helseforetakene skal i høringsperioden utrede konsekvensene for de prehospitaltjenester av de endringene som gjøres innenfor eget sykehusområde, og iverksette tiltak for å sikre kvalitative, effektive og trygge prehospitaltjenester med tilstrekkelig kapasitet.

### **Anbefalinger for videre arbeid**

Helse Sør-Øst RHF vil nedsette en arbeidsgruppe for å utrede organiseringen av de prehospitaltjenester i regionen. Kostnadene innen prehospitaltjenester vokser raskt, det er store ulikheter i bruk av tjenestene, ulikheter i materiell standard og mange nyetableringer av tilbud (helsebusser og lignende). Organisering og bruk av tjenesten vil i tillegg til å utgjøre en viktig del av behandlingen, også ha betydning for helseforetakenes økonomiske utfordring. Når innspill fra denne arbeidsgruppa, vurderingene fra helseforetakene og resultater fra den nasjonale utredning foreligger, vil Helse Sør-Øst gjøre en helhetlig vurdering av behovet for oppfølging/tiltak.

### **Akutfunksjoner og akuttmottak**

Etter styrevedtaket i april er Revidert nasjonalbudsjett (RNB) lagt frem. Her er akutfunksjoner og akuttmottak gitt bred omtale. Det vises her til Statens helsetilsyns landsomfattende tilsyn i 2007, som avdekket at mangelfull styring og ledelse preger hverdagen i akuttmottakene. I tillegg til den umiddelbare oppfølgingen med foretaksmøter med de regionale helseforetakene om saken, legger Regjeringen opp til en rekke tiltak for å sikre kvalitet og trygghet i hele den akuttmedisinske kjeden i samarbeid med Helsedirektoratet.

Regjeringen legger vekt på at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med og tilpasses lokale forhold. Det foreslås derfor å etablere lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, for å sikre kvalitet i det akuttmedisinske tilbudet. Med dette utgangspunktet foreslår Regjeringen å satse på videre utbygging av felles akuttmottak, og vil følge opp arbeidet ved å avklare ansvarsforhold og organisering av akuttmottakene, i samarbeid med Helsedirektoratet.

Regjeringen foreslår veiledende faglige standarder for akutfunksjonene ved lokalsykehus. For lokalsykehus med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap foreslår Regjeringen å etablere tilpassede akutfunksjoner. I tråd med forslagene i rapporten om Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede, må beredskapen på *lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner* som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis og anestesileger i døgnberedskap. Disse sykehusene bør kunne tilby elektive kirurgiske tjenester innrettet mot store pasientgrupper, organisert enten som dagkirurgi eller med mulighet for innleggelse i sengepost. I tillegg bør

sykehusene ha kompetanse i akuttkirurgiske prosedyrer på døgnbasis for enklere tilstander, samt prosedyrer for å stabilisere dårlige pasienter. Lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner bør også ha billeddiagnostikk og laboratorietjenester tilgjengelig hele døgnet, med tilgang til kvalifisert tolkning av prøveresultater helst gjennom telemedisinske løsninger. Det kan være tilleggsfunksjoner ut over dette minimum, dersom det anses som den beste lokale løsningen.

Lokalsykehus som skal ta imot traumepasienter (hardt skadde pasienter) foreslår Regjeringen at skal ha spesifikke traumeteam, kunne beherske et bredt sett av kirurgiske prosedyrer, og være organisert for å kunne ta imot og håndtere alvorlig skadde pasienter. Dette er i tråd med de regionale helseforetakenes traumeutvalg sin rapport, Traumesystem i Norge fra 18.12.06, og tilrådingene i rapporten Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. Denne standarden, *lokalsykehus med akutfunksjoner (akuttsykehus)*, foreslås å ha relativt bred kompetanse og aktivitet i kirurgi og indremedisin, både akutt og elektiv virksomhet, samt innen radiologi og laboratoriefunksjoner. Hvilke sykehus som skal ha bred kompetanse innen akuttmedisin vil være avhengig av transporttid og reiseavstander. Det skal foretas en grundig vurdering av transportmuligheter og reiseavstander ved utvelgelse av disse sykehusene.

Styrevedtaket om prinsipper for organiseringen av akutfunksjoner innen kirurgi/ortopedi er basert på faglige innspill i dialogkonferansene, som blant annet tilsier at det er faglig ønskelig at dette bare foregår ett sted i et område med 300-500 000 innbyggere. Forutsetningen er at geografi og andre lokale forhold legger til rette for dette. Prinsippene legger med dette utgangspunkt til grunn at lokalsykehus kan ha ulike nivåer av akutfunksjoner. Lokalsykehus med tilpassede akutfunksjoner skal som et minimum ha indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis, anestesileger i døgnberedskap, samt en enklere kirurgisk beredskap. Ett sykehus innenfor hvert sykehusområde skal normalt ivareta akutfunksjoner og faglig koordinering for kirurgiske og ortopediske tjenester. Der lokale forhold tilsier at slike akutfunksjoner skal finnes på flere sykehus, skal dette organiseres i et samarbeid mellom sykehuset som innehar koordineringsansvar og det enkelte lokalsykehus. Det skal normalt kun være en vaktlinje pr. sykehusområde for spesialiserte funksjoner, med konfererings-/bakvaktsansvar for andre sykehus. Akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samordnes innenfor hvert sykehusområde.

Videre legger vedtaket til grunn at akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder må bemannes og organiseres for å sikre kvalitet i initial sortering/prioritering (triage), diagnostikk, behandling og pasientflyt. Det skal legges til rette for tettere integrering av fastleger/legevakt i det totale akuttmedisinske tilbudet.

Styrevedtaket samsvarer i stor grad med RNB. Dette på tross av at RNB ikke sier noe om samling av akutfunksjoner innenfor større opptaksområder. Regjeringen legger imidlertid vekt på at det skal være en arbeidsdeling mellom sykehusene for å ivareta behandlingsskvaliteten, og at dette kan føre til endrede arbeidsoppgaver for lokalsykehusene. I tråd med dette angir Regjeringen ulike nivåer av akutfunksjoner, og det fremheves at det er behov for forpliktende nettverk mellom sykehusene. Å etablere den kompetansen som kreves for standarden *akuttsykehus*, kan nødvendiggjøre både forpliktende nettverk og en differensiering og samling av akutfunksjonene innenfor sykehusområdene, i samsvar med styrevedtaket i Helse Sør-Øst.

Ser man på dagens organisering av akutfunksjonene i sykehusområdene, synes målbildet i styrevedtaket realisert i sykehusområde Østfold. I tillegg legges det opp til en samling av akutfunksjoner i kirurgi, ortopedi og spesialiserte funksjoner i sykehusområde Sentrum (dog innebærer de to modellene ulike grader av samling/dublerting av spesialiserte og regionale funksjoner). I de øvrige sykehusområdene er det kirurgiske og/eller ortopediske akutfunksjoner på de fleste sykehus (enheter i helseforetakene), og innspillene fremkommer det at det kun i begrenset grad, både på kort og lengre sikt, anses ønskelig å samle akutfunksjoner for kirurgiske og ortopediske tjenester ett sted i sykehusområdene. Likeledes er

det også flere sykehusområder som ikke har som mål på kort eller lengre sikt å samle vaktlinjene for spesialiserte funksjoner.

Styret ved Ringerike sykehus HF har i brev til Helse Sør-Øst uttrykt at det mener sykehuset bør bestå som "fullverdig" lokalsykehus med egen fødeavdeling og akuttfunksjon innen både indremedisin, kirurgi og ortopedi (som i dag).<sup>10</sup> Begrunnelsen er i hovedsak geografi/avstander. Bystyret i Skien formidler på samme måte, i brev til Helse Sør-Øst, sitt vedtak fra et møte 24. april i år, om at det sier nei til sammenslåing av kirurgiske akuttfunksjoner mellom sykehusene i Vestfold og Telemark.<sup>11</sup>

Legeforeningen mener sykehus med akuttfunksjoner må som et minimum ha et vaktteam bestående av spesialist i indremedisin, generell kirurgi, ortopedi og anestesi samt tilgang til klinisk-kjemiske laboratorietjenester og radiologisk service 24 timer i døgnet. Sykehus som tar imot gravide/fødende og kvinner med akutte gynekologiske problemer, må i tillegg ha gynekolog i tilstedevakt. Sykehus som ikke kan etablere slike breddekompetente vaktteam, bør i følge Legeforeningen ikke ha akuttfunksjoner, noe som kan synes å være i strid med standardene foreslått i RNB. Samtidig påpeker foreningen at krav til hvilken kompetanse som skal være tilgjengelig på sykehus med akuttfunksjoner, må fastsettes på nasjonalt nivå.

Når det gjelder målbildet for organisering av akuttmottak og akuttmedisinske behandlingsskjeder, synes det å være generell oppslutning om de prinsipper som ligger til grunn i styrevedtaket fra april. Enkelte sykehusområder oppgir at tiltak allerede er iverksatt, mens andre har planer for dette.

Styrets utgangspunkt har vært at akuttkirurgi bør være lokalisert til ett sted i hvert sykehusområde. Det er også vist til at lokale hensyn skal ivaretas, og at dette kan føre til andre løsninger. Samtidig er det nå en situasjon der det er under utvikling nasjonale standarder for akuttfunksjoner både på det indremedisinske og det kirurgiske området, jf. Regjeringens framlegg i RNB, og det opplegget som der er beskrevet for videre prosess. I denne situasjonen, mens det pågår prosesser om standardene, finner en det riktig å være tilbakeholden med å pålegge sykehusområdene å gjennomføre samlingsprosesser som det lokalt ennå ikke er utviklet faglig og politisk enighet om. Særlig i områder med lange reiseavstander og transporttider mellom sykehusene, og disse eventuelt også er lokalisert i ulike fylker, er det behov for lokale prosesser og forankring. Det bør forventes at det i arbeidet med å utarbeide standarder legges vekt på å gjennomføre prosesser som kan gi større grad av forståelse for og aksept hos aktører og interessentgrupper for endringer i akuttfunksjonene. Helse Sør-Øst vil framheve at det i de kommende prosessene primært må legges vekt på at standardene ivaretar faglig kvalitet, men innenfor denne rammen bør hensynet til god ressursutnyttelse være viktig. Helse Sør-Øst legger dette til grunn i oppfølgingen av de ulike sykehusområdene.

Opprettholdelse av kirurgiske og ortopediske akuttfunksjoner flere steder innenfor det enkelte sykehusområde kan være faglig riktig, gitt lokale forhold, men kan allikevel innebære noen faglige utfordringer knyttet til lave volumer og små fagmiljøer. For å kompensere for dette blir det viktig å etablere faglig koordinering innenfor sykehusområdene og ordninger for ambulering, hospitering og rotasjon av personell, jamfør Regjeringens vektlegging av forpliktende nettverk mellom sykehus.

## **Anbefalinger for videre arbeid**

- I utviklingen av akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder vil Helse Sør-Øst legge til grunn de nasjonale standardene for akuttfunksjoner ved lokalsykehus og Regjeringens ønske om videre utbygging av felles akuttmottak.

---

<sup>10</sup> Jamfør brev til styreleder og adm.dir. i Helse Sør-Øst, datert 21. mai 2008

<sup>11</sup> Jamfør brev til Helse Sør-Øst datert 19. mai 2008

- I tråd med Regjeringens påpekning om at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må ses i sammenheng med og tilpasses lokale forhold, og Regjeringens forslag om å etablere lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil den videre utvikling av helseforetakenes akuttfunksjoner måtte skje med utgangspunkt i gode lokale prosesser, med bred involvering, innenfor sykehusområdene.
- Det må etableres forpliktende nettverk mellom helseforetak innenfor et sykehusområde, som sikrer faglig koordinering av akuttfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder. Det skal innenfor hvert sykehusområde pekes ut ett helseforetak som drifter nettverket.
- Alle helseforetak skal etablere et system for dokumentasjon og virksomhetsregistrering ved akuttmottak.

## **Regionale og spesialiserte funksjoner**

Det er bred enighet om at det for spisskompetansebaserte funksjoner er viktig å samle tjenestetilbudet, både for å sikre optimalt pasientvolum og derved god kvalitet, at faglige avhengigheter mellom spissfunksjoner ivaretas, legge til rette for synergi mellom fagmiljøer (for å styrke fagutvikling og forskning) og for å sikre god samlet ressursutnyttelse, herunder god bruk av dyrt medisinskteknisk utstyr. Mens det er Helse- og omsorgsdepartementet som regulerer landsfunksjoner, er ansvaret for fordeling av funksjoner innenfor hver region overlatt til de regionale helseforetakene, som også er pålagt å samarbeide om flerregionale funksjoner.

Både de faglige rådene som ble gitt under dialogseminarene, nyere forskningsresultater om sammenhengen mellom volum og kvalitet (som også er vektlagt i de faglige rådene), og resultatene innenfor kreftbehandlingen i Norge, tyder på at regionale og øvrige spesialiserte funksjoner i dag er spredt for mye i Helse Sør-Øst.

### **Regionale funksjoner**

Etter styrevedtaket i sak 38/2008 er utgangspunktet at hver enkelt regionale funksjon bare skal foregå ett sted i regionen. Faglige avhengigheter innen høyspesialisert medisin må ivaretas ved lokalisering av disse behandlingsskjedene. Regionavdelingene skal ivareta en regional rådgivningsfunksjon for endringer i tjenestetilbudet. Avdelingen skal ha ansvar for å vurdere og anbefale bruk av nye metoder, for å implementere nasjonale retningslinjer og prosedyrer, og for å utarbeide regionale rutiner, sikre faglig koordinering og gi "second opinion". Avdelingen skal sikre en likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen.

Per i dag er det en betydelig dublering av flere av de funksjoner som fagmiljøene er enige om at skal være regionale funksjoner. Det kan i tillegg stilles spørsmål ved om faglige avhengigheter ivaretas i tilstrekkelig grad, ettersom de etablerte regionale funksjonene er spredt på flere sykehus, i hovedsak i område Sentrum.

Det er en lang rekke funksjoner som det ikke er endelig avklart om skal være regionale funksjoner. For å følge opp faglige innspillene fra dialogseminarene, ble helseforetakene /sykehusene i etterkant av disse bedt om gi tilbakemeldinger om hvilke regionfunksjoner som faktisk utføres ved det enkelte helseforetak/sykehus i dag, basert på en forhåndsoppsatt liste. I tilbakemeldingene oppgir to helseforetak (Ringerike og Blefjell) at de ikke utfører regionfunksjoner. Andre helseforetak (eks. universitetssykehus) oppgir at de utfører en rekke

slike oppgaver, dog er det noe usikkerhet i forhold til avgrensning.<sup>12</sup> Uansett disse uklarhetene viser tilbakemeldingene at mange av helseforetakene utfører en rekke funksjoner sjelden (flere < 5 ganger i året). Uansett hvilken type funksjoner det er som utføres, medfører så lave volumer at føringen i Revidert nasjonalbudsjett, om at volumet på den planlagte pasientbehandlingen ved sykehusene som hovedregel må være stort nok til at det er mulig å sammenligne behandlingsresultat med andre sykehus for å kunne avdekke og rette opp feil, ikke oppfylles. Det er derfor behov for en opprydding.

Det er ikke bare innenfor somatikken at det er behov for en gjennomgang. Arbeidsgruppa som utredet psykisk helsevern i fase I anbefalte at Helse Sør-Øst foretar en samlet gjennomgang av de regionale funksjonene innen dette fagfeltet. Likeledes anbefalte arbeidsgruppa innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fase I at det gjøres en analyse av hvilke langtidsdøgntilbud som bør regionaliseres, og hvilke tilbud som skal være en del av tilbudet i sykehusområdet.

Grad av desentralisering bør vurderes fortløpende, slik at endringer i forekomst og behandlingsmuligheter for de enkelte pasientgruppene innen fagområdene ivaretas. I vurderingene bør også ligge analyse av behovet for sentralisering av funksjoner ut fra kostnader knyttet til vaktordninger eller innkjøp og utnyttelse av utstyr.

### Anbefalinger for videre arbeid

Helse Sør-Øst skal lokalisere regionale funksjoner ett sted. Lokalisering skal ivareta faglig avhengigheter mellom funksjonene.

Helse Sør-Øst vil fullføre arbeidet som er startet i Hovedstadsprosessen med å avklare hva som skal være regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner innen somatikk, rus, psykisk helsevern og rehabilitering. Opplegg for og organisering av videre prosess vil avklares i fase III. Når beslutning er fattet vil dette formidles aktuelle helseforetak i driftsavtalen.

Regionsavdelingene/-funksjonene innen både somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering skal ivareta en regional rådgivningsfunksjon. Aktuelle oppgaver er:

- Gi anbefalinger til Helse Sør-Øst med hensyn til eventuell implementering av nye metoder, i tråd med nasjonale føringer på området.
- Gi råd om kapasitet og behov innenfor etablerte tilbud, evt. behov for nye tilbud innen sitt fagområde som utgangspunkt for helseregionens årlige driftsavtaler og kjøp av helsetjenester
- Gi råd til det regionale helseforetaket om hvilke funksjoner innenfor eget fagfelt som skal være regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner. Formålet er en dynamikk i samling og desentralisering av behandlingsfunksjoner i tråd med endringer i kunnskap, teknologi mv.
- Utarbeide regionale rutiner knyttet til pasientflyt mellom sykehusområdene og den regionale funksjonen, herunder retningslinjer for hvilke pasienter som skal henvises mv.
- Bidra til faglig koordinering på tvers av sykehusområdene, slik at praksis i regionen som helhet er mest mulig ensartet og likeverdig.

Det samlede rådgivningsansvaret for regionsavdelingen skal utøves i et faglig nettverk med fagavdelinger fra områdene og ledes av regionsavdelingen. Sammensetningen av

---

<sup>12</sup> Denne usikkerheten knytter seg blant annet til om det som omtales er utredning/diagnostikk, aktivitet på områdenivå som følge av utydelig definert regionfunksjon, om funksjonen utføres i samarbeid med /ved utlån av kompetanse/veiledning av regionsykehus eller "på delegasjon" /tilsyn fra regionsykehus eller om det dreier seg om ikke planlagte inngrep knyttet til annen behandling, øyeblikkelig hjelp, traume mv.

fagnettverkene må sikre tilstrekkelig innflytelse for fagpersoner fra sykehusområder utenfor Sentrum, samt brukerrepresentasjon. Vurderingene må legge til grunn målet om faglig kvalitet og god ressursutnyttelse og politiske føringer om at det som kan desentraliseres, skal desentraliseres. Rådene må bygge på dokumentert kunnskap, i den grad slik finnes. Fagnettverket må sikre at rådene etableres gjennom gode prosesser der det ivaretas forankring og dialog med det samlede fagmiljøet, slik at det skapes legitimitet for rådene som gis. Fagnettverket er rådgivende overfor Helse Sør-Øst. Innspill skal formidles på avtalt måte, slik at disse kan legges til grunn ved utforming av driftavtaler med helseforetakene.

Regionsavdelingene/-funksjonene skal rapportere fra fagnettverket en gang i året

Regionsavdelingene skal sikre likeverdig bruk av funksjonen innenfor helseregionen og rapportere i årlig melding om dette.

## Regionale koordineringsfunksjoner

På to fagfelt har det vært etablert regionale koordinerende enheter i Helse Sør og Helse Øst. Det gjelder rehabiliteringsfeltet, der man har hatt enhetene Sentral enhet rehabilitering ved Sunnaas sykehus, og Regional enhet rehabilitering ved SSR, og innen rusfeltet, der man har hatt Koordineringsenheten ved Aker universitetssykehus (KRA), og Regional enhet for samhandling og analyse (RESA) ved Sørlandet sykehus. Enhetene har hatt noe ulike mandat og roller. Etter etableringen av Helse Sør-Øst har det pågått prosesser for å slå sammen enhetene, der spørsmålet om fremtidige mandat og roller har blitt drøftet – etableringen av en koordinerende funksjon innen rus og rehabilitering vil bli etablert 2. halvår 2008

Det er ønskelig med en struktur på disse funksjonene som er så like som mulig på tvers av fagfelt, dersom ikke spesielle grunner taler for annet. I tillegg må funksjonene sees i sammenheng med den koordinerende og rådgivende funksjonen som knyttes til regionsavdelingene for øvrig, og avgrense mot regionale kompetansesenteroppgaver, samt mot det regionale helseforetakets egne funksjoner for analyse, bestilling, kvalitet og fagutvikling. Funksjonen må også justeres mot helseforetakenes eget ansvar for koordinering innen, og på sikt evt. sykehusområdenes egne koordinerende funksjoner og plan- og utviklingsoppgaver.

## Spesialiserte funksjoner

Spesialiserte funksjoner skal i følge prinsippene gitt i styrevedtaket ha et opptaksområde tilsvarende ett eller, dersom kvalitetsmessige eller kompetansemessige forhold tilsier det, flere sykehusområder, basert på optimalt pasientvolum og effektiv utnyttelse av kompetanse og teknologi. Det må ved plassering av spesialiserte funksjoner innenfor sykehusområdet tas hensyn til faglige avhengigheter.

## Flerområdefunksjoner

Flere spesialiserte funksjoner trenger, i følge blant annet faglige innspill i dialogkonferansene, et større opptaksområde enn tilsvarende ett sykehusområde. De trenger allikevel ikke å være bare ett sted i regionen. Disse kalles i det følgende for flerområdefunksjoner. For flere av disse funksjonene er det ikke i dag lagt entydige føringer, verken om at dette er en flerområdefunksjon, eller for lokalisering. Flerområdefunksjoner kan enten organiseres som spesielle områdefunksjoner, eller som satellitter av regionale funksjoner. Det siste vil innebære en faglig styring fra regionalt nivå. En vurdering av hvilken av disse to løsningene som er mest hensiktsmessig for den enkelte funksjon, er ikke avklart. Den videre prosess på dette området vil ivaretas av Helse Sør-Øst RHF, jamfør tidligere.

## Spesialiserte funksjoner i sykehusområdene

Innspillene fra sykehusområdene viser at ikke alle har som mål på kort sikt å lokalisere spesialiserte funksjoner ett sted i sykehusområdet. Det legges i disse områdene i stedet opp til faglig samarbeid og faglig koordinering for å sikre enhetlig og kunnskapsbasert praksis.

Sykehusområde Vest skisserer ulike modeller for organisering av områdefunksjonene. På kort og mellomlang sikt foreslås å bygge videre på dagens modell der områdefunksjonene er delt mellom to sykehus. På lengre sikt skisseres flere modeller, hvorav den ene er en samling av områdefunksjonene, atskilt fra lokalsykehusfunksjoner, på et nytt sykehus.

Ett av formålene med å etablere sykehusområder, er å bidra til at 80-90 % av befolkningens behov for tjenester normalt dekkes innenfor sykehusområdet. Det krever at de vanligste spesialiserte tjenester i årene fremover skal være tilgjengelig i alle sykehusområder. I dag er det kun Sørlandet sykehus, i tillegg til sykehusområde Sentrum, som dekker en så høy andel. Det betyr at flere av sykehusområdene må etablere spesialiserte funksjoner de i dag ikke har og/eller redusere "lekkasjen" for funksjoner de allerede har, for å nå dette målet. Dette vil innebære at flere pasienter får tilbud innen eget område og kan velge dette i stedet for i Sentrum. Dersom pasientstrømmen endres, vil dette kreve at kapasitet tas ned i Sentrum. Dette forutsetter koordinering på tvers av sykehusområdene. Det er i saksfremlegget for styresak 038-2008 presisert at det må vurderes særskilt om de sykehusområdene som ligger geografisk nær de regionale funksjonene, av ressursmessige hensyn, skal ha en like høy dekningsgrad som de øvrige (dvs. 80-90 %). Ønsket om et fullverdig tilbud i sykehusområde kan her komme i konflikt med nedbygging av kvalitativt gode samlede fagmiljøer. Det vil være sårbart for pasientens valg i forhold til etablerte kontaktflater og øke behovet for spesialister innen sykehusområdene, og det kreves sterk styring for at ikke resultatet skal bli en kapasitetsutvidelse i regionen og svekket kvalitet på grunn av totalt sett mindre volumer.

I innspillene fra sykehusområdene er det omtalt hvilke pasientgrupper og pasientvolumer det enkelte område tenker seg skal "hentes hjem". Før dette kan iverksettes kreves særskilte vurderinger på regionalt nivå der det må ivaretas at de sykehusområder som evt. tar hjem funksjoner, har nødvendig kompetanse, at kapasitet tilpasses regionalt og at effektiv drift ved etablerte regionale funksjoner sikres. Dette arbeidet krever en avklaring av hva som skal være regionale funksjoner, flerområdefunksjoner og områdefunksjoner, og må derfor sees i sammenheng med det oppdrag som gis regionsavdelingene, jamfør forrige og neste avsnitt.

## Anbefalinger for videre arbeid

- Helse Sør-Øst vil ta initiativ til dialogkonferanser innen øyesykdommer og ØNH-sykdommer.
- Helse Sør-Øst vil etablere et eget prosjekt høsten 2008 knyttet til medisinske støttefag (laboratoriefag og radiologi). I dette vil prosjektet vil private aktører bli invitert til å delta
- Sykehusområder som ikke samler spesialiserte funksjoner må sikre faglig koordinering av slike funksjoner. Dersom sykehusområdet består flere helseforetak må dette forankres i en overordnet forpliktende samarbeidsavtale.
- Oppbygging av nye funksjoner innen et sykehusområde må vurderes ut fra faglige kriterier og økonomiske betraktninger. Oppbygging av funksjoner i sykehusområdene må ikke føre til at etablerte, gode flerregionale fagmiljøer mister sin kvalitet, gi utilsiktet kapasitetsoppbygging i forhold til behovet eller økt behov for legespesialister som derved reduserer andre regioners mulighet til å bygge opp funksjonene. Helse Sør-Øst RHF vil ta stilling til oppbygging og nyetablering av funksjoner innen sykehusområdene.

## Spesialisert rehabilitering

Det er tverrpolitisk enighet om behovet for å styrke rehabiliteringsfeltet. Dette helsepolitiske målet er formidlet blant annet gjennom Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for perioden 2008-2011. I strategien uttales at: ” Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier.”

I følge Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering og Oppdragsdokumentet for 2008 skal følgende blant annet være retningsgivende for arbeidet med å utvikle rehabiliteringsfeltet: Helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet. Det presiseres at rehabilitering skal være en integrert del av behandlingen ved alle kliniske avdelinger.

Både helsepolitiske føringer og prinsippet vedtatt av styret om at pasientenes behov skal være førende for innhold og struktur i tjenestene, tilsier at det er behov for å adressere både organiseringen og det totale tilbudet når det gjelder rehabiliterings tjenester.

Styrevedtaket innebærer at 80-90 % av tjenestene normalt skal ivaretas innenfor et sykehusområde. For å oppnå dette innenfor rehabiliteringsfeltet må tjenestene enten leveres ved egne helseforetak eller gjennom kjøpsavtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er i Oppdragsdokumentet for 2008 presisert at Helse Sør-Øst skal sikre forutsigbarhet i avtaler med de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. Dette forutsetter langsiktige avtaler. Helse Sør-Øst skal i tillegg, i 2008, minst opprettholde ressursinnsatsen til de private institusjonene. Disse kravene er i tråd med de politiske signalene i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

I følge prinsippene er det regionale funksjoner og eventuelle spesialiserte funksjoner som av kvalitetsmessige eller kompetansemessige forhold skal ha et opptaksområde som tilsvarer flere sykehusområder, og som ikke skal organiseres innenfor hvert sykehusområde. Ser man på dagens organisering av og tilbud ved de spesialiserte rehabiliteringssykehusene (og avdelingene/klinikkene) i Helse Sør-Øst, tilbyr disse tjenester på alle nivåer, herunder tjenester som i følge styrevedtaket skal tilbys innenfor det enkelte sykehusområde.<sup>13</sup> Et viktig tilleggsproblem er at det ikke er likeverdig bruk av de tjenestene ved disse sykehusene.

Ut i fra målet om at lokalsykehus og lokalsykehusfunksjonen skal tilby tjenester til flertallet av pasientene, må de lokalbaserte rehabiliteringstjenestene styrkes. Dette er også presisert i oppdragsdokumentet for 2008, der det er fremhevet at lokalsykehusenes rolle i behandlingskjeden er et viktig element i arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet. Dette må skje i nært samarbeid med kommunene, jamfør avsnittene om lokalbaserte tjenester og samhandling.

Det har i fase II vært nedsatt en arbeidsgruppe som har hatt i mandat å foreslå en samlet organisering av spesialisert rehabilitering. Arbeidsgruppas anbefaling er som følger:

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres et eget rehabiliteringsforetak. I foretaket samles dagens regionale funksjoner ved SSR og Sunnaas sykehus HF og eventuelle flerregionale funksjoner ved disse institusjonene som bør lokaliseres sammen med de regionale funksjoner, ut fra faglige avhengigheter. Når det gjelder regionale funksjoner utenfor Sunnaas sykehus HF og SSR, er gruppas anbefaling at funksjonen knyttet til multitraumerehabilitering inkluderes i rehabiliteringsforetaket. Dette på grunn av de faglige avhengigheter denne funksjonen har til andre regionale funksjoner i behandlingsforløpet for disse pasientene. Fordi denne funksjonen imidlertid må lokaliseres til det sykehuset som har regional multitraumefunksjon (i dag UUS HF), kreves det en spesiell utredning av hvordan dette organisatorisk/juridisk mv. kan ivaretas. Gruppa anbefaler at dette utredes.

---

<sup>13</sup> Samlet organisering av spesialisert rehabilitering. Rapport fra arbeidsgruppe. Helse Sør-Øst RHF Hovedstadsprosessen Juni 2008.

Når det gjelder den regionale funksjonen ved Sykehuset Innlandet HF, for armamputerte, mener gruppa at de faglige avhengighetene til øvrige regionale funksjoner ikke er så sterke at funksjonen må inn i rehabiliteringsforetaket. Arbeidsgruppa anbefaler derfor at denne funksjonen ikke integreres i rehabiliteringsforetaket i denne omgang, men at dette vurderes på et senere tidspunkt.

De funksjonene ved Sunnaas sykehus HF og SSR som ikke skal inkluderes i rehabiliteringsforetaket forutsetter arbeidsgruppa at overføres det sykehusområde/helseforetak som tjenesten i dag utføres for (vurdert med utgangspunkt i hvilket opptaksområde pasientene som bruker tjenesten kommer fra). En slik overføring mener arbeidsgruppa er en nødvendig forutsetning for at sykehusområdenes rehabiliteringstjenester skal kunne styrkes både innholdsmessig og organisatorisk, i tråd med styrevedtaket.

Arbeidsgruppa anbefaler at når volumet av de tjenestene som skal inkluderes i rehabiliteringsforetaket er avklart, må antall driftssteder vurderes ut fra behovet for å skape sterke fag- og forskningsmiljøer og kostnadseffektiv drift innenfor rehabiliteringsforetaket.

Arbeidsgruppa anbefaler i tillegg at det, på et senere tidspunkt, når strukturen i sykehusområde Sentrum er avklart, foretas en evaluering og ny vurdering av de regionale rehabiliteringstjenestenes/-foretakets relasjon til øvrige regionale funksjoner i Helse Sør-Øst.

Arbeidsgruppa anbefaler at ledelsen i det nye regionale rehabiliteringsforetaket, i samarbeid med aktuelle enheter/fagmiljøer, får i oppdrag å:

- Utvikle relasjonen til regionsfunksjonen ved sykehuset Innlandet (avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering, Ottestad) og på et senere tidspunkt vurdere innlemming av funksjonen i det regionale rehabiliteringssykehuset.
- Utforme forslag til ny regional plan for rehabilitering. I denne skal det, med utgangspunkt i helhetlige behandlingkjeder som bygger på oppdatert kunnskap og utviklingstrender i faget, skisseres hvilke funksjoner/tilbud som bør finnes, og i hvilket omfang, innenfor hvert områdesykehusnivå i helseregionen. Beslutninger om fordeling av funksjoner mellom rehabiliteringsforetaket og øvrige helseforetak i sykehusområdene besluttet av det regionale helseforetaket, og formidles gjennom driftsavtalene med helseforetakene og kjøpsavtaler med de private institusjonene.

Arbeidsgruppen foreslår at det regionale rehabiliteringsforetaket, bestående av de regionale funksjoner ved Sunnaas sykehus HF og SSR, etableres f.o.m. 1. januar 2009. Det må i perioden frem til 1. januar 2009 avklares hvilke funksjoner som skal inkluderes i foretaket og hvilke som skal overføres til sykehusområdene, samt funksjonsfordelingens konsekvenser for rehabiliteringsforetakets organisering og lokalisering.

#### Anbefalinger for videre arbeid:

- Sykehusområdene skal utforme områdevis planer for hvordan rehabiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles, for å dekke behovet for spesialiserte og lokalbaserte rehabiliteringstjenester, enten ved tilbud i egne helseforetak eller ved kjøpsavtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Planene må tilpasses når ny regional plan for habilitering og rehabilitering foreligger. Det lokalbaserte rehabiliteringstilbudet må utvikles i samarbeid med kommunene i eget opptaksområde, jamfør omtale i egne avsnitt.
- De mest spesialiserte rehabiliteringsfunksjonene (regionsfunksjoner) skal organiseres i ett foretak. De regionale funksjoner ved Sunnaas sykehus HF og SSR samles. Det må utredes hvilke funksjoner som skal inkluderes i foretaket og hvilke som skal overføres til sykehusområdene for å styrke rehabiliteringstilbudet her, slik styrevedtaket forutsetter. Det må også utredes om og evt. hvordan multitraumerehabiliteringen kan inkluderes i foretaket.
- Det regionale rehabiliteringsforetaket får i oppdrag å utforme forslag til ny regional plan for habilitering og rehabilitering i samarbeid med øvrige fagmiljøer.

## Regionale kompetansesentra

Det finnes i dag en rekke regionale kompetansesentra i Helse Sør-Øst. De fleste av disse ble etablert som regionale kompetansesentra enten i Helse Sør eller Helse Øst. Det er ikke gjort en samlet gjennomgang av disse med sikte på vurdering av videreføring eller avvikling, og det er heller ikke gjort en samlet vurdering av hvilke områder man eventuelt trenger nye regionale kompetansesentra.

Helse Sør-Øst vil gjennomgå egne regionale kompetansesentra (innen både somatikk, psykisk helsevern, rus og rehabilitering), med sikte på å avklare videreføring. Samtidig vil RHFet etablere et helhetlig system som angir kriteringer etablering, hvem som kan søke og hvordan, oppgaver for kompetansesentraene og evt. finansiering. Kompetansesenteroppgavene må avgrenses mot oppgavene til regionsavdelingene, samt oppgavene til regionale koordineringsenheter. Systemet må sikre dynamikk, slik at sentre som etableres avvikles når målene med etableringen er nådd. I dette arbeidet må nasjonale føringer som kommer gjennom avklaring av nytt styringssystem for høyspesialisert medisin og nasjonale kompetansesentra, ivaretas.

## Pasientopplæring og lærings- og mestringstilbud

Alle sykehus har ansvar for å drive opplæring av pasienter og pårørende, jmfør Spesialisthelsetjenestelovens § 3-8. Opplæring og innsikt i egen sykdom er en viktig forutsetning for å mestre livet ved kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse. Opplæring av pasienter og pårørende skjer både som en integrert del av vanlige pasientkonsultasjoner, ved lærings- og mestringssentre (LMS) og gjennom pasientopplæringskurs uavhengig av LMS. I tillegg skjer pasientopplæring gjennom likemannsarbeidet i regi av brukerorganisasjonene.

Den sentrale arenaen for pasientopplæring i helseforetakene er LMS. Ideologien bak disse ("Akermodellen") er at helsepersonell og erfarne brukere møtes på *likeverdig basis* for å utvikle, gjennomføre og evaluere lærings- og mestringstiltak. Det er utformet overordnede nasjonale retningslinjer for arbeidet ved sentrene. Essensen er at fagpersonellens kunnskap, tilegnet gjennom utdanning og arbeid i klinikken og erfarne brukeres kunnskap om å leve med sykdom og funksjonshemming sidestilles i arbeidet for å øke brukernes mestringsevne.

Alle helseforetak i regionen har et LMS med helsepedagogisk kompetanse, som bidrar med veiledning og tilrettelegging, basert på at hovedansvaret for pasientopplæring ligger i klinikken. Pasient- og brukerorganisasjoner er viktige samarbeidspartnere i identifisering av behov, planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringstilbud. LMS i regionen er pr. i dag ulikt organisert, har innrettet sine tilbud mot ulike grupper, og det er relativt stor variasjon også mellom tilbud til relativt like grupper. Samtidig er det mange pasientgrupper som ikke får gode nok tilbud om opplæring.

Det er etablert et regionalt kompetansesenter for læring- og mestring i Helse Sør-Øst. I tillegg ligger det nasjonale kompetansesenteret for læring og mestring (NKLMS) på Aker universitetssykehus HF.

Med den sentrale og koordinerende rolle lokalsykehus skal ha i forhold til pasienter med kroniske lidelser, som særlig har behov for opplæring, og deres tette relasjon til kommunene, er det naturlig at lokalsykehus/lokalsykehusfunksjonen får en sentral rolle også i forhold til pasientopplæring og etablering av lærings- og mestringssentre. Dette bør skje i nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet og i tett relasjon til brukerorganisasjonene. Det siste er i tråd med målet om å styrke brukermedvirkningen, fremhevet blant annet i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011.

I tillegg er det viktig at pasientopplæringen ved lokalsykehus/lokalsykehusfunksjonen utformes i tett relasjon med de mer spesialiserte sykehusene. For mange av pasientene med kroniske lidelser vil de mer spesialiserte sykehusene inngå i behandlingsskjeden. I hvilken grad disse sykehusene bør etablere egne pasientopplæringstilbud eller delta i opplærings-

tilbudet ved lokalsykehusene, vil kunne variere avhengig av type lidelse mv.. Dette bør derfor avklares mellom sykehusene på en måte som sikrer et koordinert tilbud til det beste for pasientene.

### Anbefalinger for videre arbeid

- Lokalsykehus/lokalsykehusfunksjonen skal drive pasientopplæring og etablere lærings- og mestringssentre i et nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, brukerorganisasjonene og de mer spesialiserte sykehusene i sykehusområdet.
- LMS skal inngå som aktiv part i helseforetakets sykdomsforebyggende arbeid.
- Det regionale LMS bør gjennom kompetansespredning bidra til kvalitetssikre tilbudet og harmonisere innholdet ved LMS i Helse Sør-Øst

## **Rus og psykisk helsevern**

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er helsepolitisk prioriterte områder, der det er etablert egne opptrappingsplaner. Program for utvikling og omstilling må understøtte en styrking av disse feltene i tråd med politiske føringer.

### **Rus**

Når det gjelder rusfeltet er prinsippene at akutfunksjoner for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal samordnes innenfor hvert sykehusområde. Videre bør det i følge prinsippene, som del av lokalsykehusfunksjonen, over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Døgnbehandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for tvang etter §§ 6-2 og 6-2 a og tilbud til gravide skal samles til få steder i helseregionen.

Rusfeltet i Helse Sør-Øst består av både offentlige og private behandlingstilbud. Etter rusreformen har regionen omdisponert om lag 70 millioner kroner fra basisrammen til økte behandlingstilbud innen egne helseforetak og hos private avtalepartnere. Dette har resultert i blant annet økt kapasitet i helseforetakene, i perioden 2005-2008, herunder 5 nye plasser for avrusning av ungdom med tilhørende ambulant team ved Aker universitetssykehus HF og 20 mill. til etablering av rusmiddelpoliklinikker ved helseforetakene/sykehusene i Oslo. I tillegg er nye avtaler innen rusfeltet differensiert for å sikre ulike pasientgrupper i Helse Sør-Øst et helhetlig behandlingstilbud med god kvalitet.

Det er i innspillene, både fra sykehusområdene og til innspillsnotatet for sykehusområde Sentrum, uttrykt bred enighet om målet om å samordne tilbudet innen rus, somatikk og psykisk helsevern. I dag er psykisk helse og rus flere steder organisert samlet, men oftest atskilt fra somatikken. I tillegg til behovet for samordning fremheves i flere av innspillene behovet for tett samarbeid med kommunen innenfor disse fagfeltene. Ut over dette sier innspillene fra sykehusområdene, men enkelte unntak, lite om rusfeltet. Dette på tross av feltets høye prioritet. Det har ikke kommet innvendinger mot prinsippet i styrevedtaket, om at døgnbehandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for tvang etter §§ 6-2 og 6-2 a og tilbud til gravide samles til få steder i helseregionen.

Selv om det brukes betydelige ressurser på rusfeltet, er det fortsatt behov for å utvikle og styrke. Det er blant annet for lange ventelister, og tilbudet kan fremstå som uoversiktlig og fragmentert for brukerne. Dette er brukere som ofte har sammensatte behov, ved at de ofte har omfattende medisinske og psykiske lidelser i tillegg til sitt rusproblem. For å styrke tilbudet er det både et behov for å utvikle og styrke disse tjenestene som en del av lokalsykehusfunksjonen, herunder etablere rusfaglig kompetanse, og samtidig et behov for å beskrive nærmere hvordan tilbudet bør organiseres innenfor sykehusområdene og i regionen som helhet.

I tråd med dette uttrykte arbeidsgruppa innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i fase I at det er avgjørende at det gjøres en konkret analyse av hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres, og hvilke tilbud som skal være en del av tilbudet i sykehusområdet.<sup>14</sup> Arbeidsgruppa påpekte videre et behov for å etablere nødvendig samarbeid mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og kommunen og andre samarbeidspartnere, som NAV (se også avsnittet om samhandling). Den ønskede samordningen innenfor et sykehusområde, mellom rus, psykisk helsevern og somatikk, blant annet knyttet til akuttfunksjoner, må ivaretas gjennom samhandling og avtaler.

Det er flere spesielle forhold knyttet til rusfeltet i Oslo/sykehusområde Sentrum. Selv om det finnes dårlige tall på dette, antas at problemer knyttet til rusmisbruk er større i hovedstaden enn ellers i landet.<sup>15</sup> Tegn på dette er at Oslo de siste seks årene har hatt mellom 31 og 45 % av narkotikadødsfallene i Norge. I 2007 fant 109 dødsfall sted i Oslo mot 135 i resten av landet. Over 50 % av alle sprøytenarkomane i Norge finnes i Oslo.<sup>16</sup> Samtidig er det viktig å huske på at det største rusproblemet er knyttet til alkohol, ikke narkotika (antallet alkoholmisbrukere er ni ganger høyere enn antallet md illegalt misbruk).

Ved rusreformen i 2004 ble ni rusinstitusjoner overført fra Oslo kommune til Helse Øst, som valgte å legge ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) til Aker universitetssykehus. Aker fikk dermed en sentral rolle innenfor rustjenesten til befolkningen i Oslo, med ansvar for avgiftnings- og døgnbehandlingstilbud, samt LAR-tilbud. Øvrige helseforetak/sykehus i Oslo (med unntak av Rikshospitalet) har polikliniske tilbud.

Det er vedtatt en lovendring fra 2008 i spesialisthelsetjeneste lovens § 3-1 som innebærer at de regionale helseforetakene skal utpeke nødvendig antall helseinstitusjoner eller avdelinger i slike institusjoner innen helseregionen med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp til nødvendige undersøkelser og evt. behandling også overfor pasienter som trenger tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

## Anbefaling til videre arbeid

- Sykehusområdene skal utvikle handlingsplaner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling for sykehusområdet, med spesielt fokus på implementering av veiledere, rapportering på felles kvalitetsindikatorer, brukerundersøkelser, for å samordne arbeidet overfor NAV. Som del av dette arbeidet skal det utvikles samhandlingsarenaer og forpliktende samhandlingsavtaler, etableres fagråd, faglige nettverk og faste dialogseminarer/møteplasser.
- Helse Sør-Øst vil gjennomføre en regional utredningsprosess knyttet til å avklare hvilke langtidsdøgntilbud som skal regionaliseres innen rusfeltet.
- Helse Sør-Øst skal utpeke enheter i hvert sykehusområde som ivaretar akuttfunksjon etter § 3-1 i lov om spesialisthelsetjenester.
- Helseforetakene skal etablere forpliktende samhandlingsavtaler mellom de ulike nivåene innenfor TSB, mellom TSB og psykisk helse/somatikk og mellom TSB og kommunene. Slike avtaler må forankres i overordnede samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og mellom helseforetak og kommuner.

---

<sup>14</sup> I tidligere Helse Øst RHF var tre tilbud utpekte som regionale funksjoner: Det var tre plasser på Aker universitetssykehus HF (Gaustad) hvor pasientene ble lagt inn etter § 6.2 i Sosialtjenesteloven, 5 avrusnings- og utredningsplasser ved Aker for ungdom, samt 10 familie plasser og 10 plasser for innleggelse etter Sosialtjenesten § 6.2a på Sykehuset Innlandet HF. I Helse Sør var 4 § 6.2 plasser på Vestfoldklinikken og 4 plasser på SSHF utpekt som regionale (tvang) og 5 § 6.2a plasser på Borgestadklinikken (gravide på tvang) som regionale. Noen ytterlige nivåinndelingen har ikke eksistert.

<sup>15</sup> NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

<sup>16</sup> Hva vet vi om forskjeller i psykiatrisk sykелighet? Med spesiell vekt på forskjeller innen Oslo og forskjeller mellom Oslo, Helse øst og resten av landet. Rapport av Marit Rognerud, og Arne Holte

- Bygge opp ambulante tjenester (ljasonteam ved lokalsykehus) som kan bidra til lavere terskel inn i TSB for pasientene, være viktig bindeledd mellom poliklinikk og døgnenheter og sikre aktiv samhandling med kommunenes tjenester.
- Som del av lokalsykehusfunksjonen bør det over tid utvikles et tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
- Helse Sør-Øst skal samle rustilbudet i sykehusområdet Sentrum ved ett av lokalsykehusene.

## Psykisk helsevern

Den overordnede målsettingen for Opptappingsplanen for psykisk helse er beskrevet i St.prp. nr. 63 (1997-98). Satsingen skal resultere i både en kvalitativ og kvantitativ bedre tjeneste for mennesker med psykiske lidelser. I følge opptappingsplanens verdigrunnlag skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Sektorer og tjenesteytere må se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Følgende hovedgrupper av tiltak inngår: Brukerstyring og informasjon; Styrking av tilbudet i kommunene; Omstrukturering (desentralisering) og utbygging av psykisk helsevern for voksne; Utbygging av psykisk helsevern for barn og ungdom; Stimulering av utdanning og forskning; Styrking av tilbudet om arbeid og sysselsettingstiltak.

Når det gjelder psykisk helsevern sier prinsippene at distriktpsikiatriske sentra (DPS), som er psykisk helseverns lokalsykehusfunksjon, skal dekke befolkningens allmenne behov for slike tjenester. DPS skal lokalisere sine tjenester så nær befolkningen som mulig, og helst samlokalisert med somatiske lokalsykehusfunksjoner. Opptappingsplanens intensjoner om mer lik tilgjengelighet til tjenestene innen psykisk helsevern skal realiseres. Målet innen psykisk helsevern for voksne er mindre variasjon i forbruk mellom helseforetakene og bedre oppgavefordeling mellom sykehus og DPS (med fordeling 50/50 i 2015).

Videre sier prinsippene at eksisterende bygningsmasse innen psykisk helsevern, særlig innenfor de store driftsenhetene skal gjennomgås. Eksisterende hensiktsmessige bygg og behandlingsplasser må utnyttes slik at de pasienter som i dag behandles i gamle uhensiktsmessige bygg får bedre behandlingstilbud. Realisering av overfløydige arealer planlegges og gjennomføres. Frigjort ressurser brukes til å sikre den foreslåtte omstruktureringen innenfor psykisk helsevern.

På tross av opptappingsplanens sterke fokus gjennom flere år på omstilling fra institusjons-helsetjeneste og desentralisering av tjenestene innen psykisk helsevern, og på samhandling med kommunehelsetjenesten, og på tross av at det har funnet sted en positiv utvikling i tråd med disse målene, gjenstår fortsatt en del før målet om en ressursmessigfordeling på 50/50 mellom sykehus og DPS er nådd. Det er ulikt hvor langt utviklingen har kommet innen sykehusområdene. Det er også ulikheter i bruken av tjenester mellom ulike typer enheter i Helse Sør-Øst. Variasjonsbredden i forbruksrater innen DPS er særlig store, mens forskjellene er mindre i sykehusavdelinger. Resultatet er ulik tilgjengelighet.

Det er, med enkelte unntak, sagt lite om psykisk helsevern i innspillene. Dette kan ha sammenheng med at målene som er skissert gjennom prinsippene, samsvarer med etablerte mål i opptappingsplanen.

Et særskilt tema, som er kommet opp innen psykisk helsevern, er knyttet til anbefalingen fra arbeidsgruppa innen psykisk helsevern om å etablere enhetlig ledelse for hele behandlingsskjeden innen psykisk helsevern. Dette kan enten oppnås ved etablering av egne helseforetak for psykisk helsevern, noe som ikke anses som ønskelig generelt sett ut fra målet om å samordne psykisk helsevern, rus og somatikk. Alternativt må sykehusområdet bestå av ett helseforetak. Et siste alternativ, der sykehusområdene består av flere helseforetak, er at større deler av behandlingsskjeden samles på ett og samme nivå/i samme helseforetak. I arbeidet med sykehusområde Sentrum er det fremkommet faglig støtte, både i

prosessen og i innspillene til innspillsnotatet, for oppfatningen om at dette nivået bør være lokalsykehus. Det innebærer at akuttfunksjoner innen psykisk helsevern og døgntilbud (begge regnet som sentralsykehusfunksjoner) samles på lokalsykehus/innenfor lokalsykehusfunksjonen, sammen med DPS. (I Oslo har "sykehuspsykiatrien" (akutt, intermedier, alder) lenge vært knyttet til lokalsykehusfunksjonen). Dette gir tre alternativer for plassering av regionale og nasjonale funksjoner, enten å legge disse samlet til et lokalsykehus, eller å legge disse funksjonene til et region- eller et områdesykehus.

Å samle de tidligere sentralsykehusfunksjonene på lokalsykehusnivå i Oslo, trenger ikke å bety at dette er riktige organisatoriske løsninger i andre sykehusområder. Der sykehusområdet utgjøres av ett helseforetak, noe som gjelder både Innlandet, Øst, Sør, Østfold (og Vest) kan enhetlig ledelse ivaretas på andre måter. I tillegg kommer at ikke alle lokalsykehus vil ha samme størrelse som lokalsykehusene i Sentrum, noe som kan gjøre slik samling u hensiktsmessig, ut fra behovet for robuste fagmiljøer.

### **Anbefaling til videre arbeid**

- Sykehusområdene/helseforetakene skal etablere sammenfallende opptaksområder for lokalsykehus innen rus, psykisk helse og somatikk.
- Sykehusområdene/helseforetakene skal ved de organisatoriske løsningene som velges bidra til å sikre enhetlig ledelse innenfor psykisk helsevern.
- I sykehusområde Sentrum anbefales at helhetlig ledelse ivaretas ved at DPS, akuttfunksjoner (sentralsykehusfunksjoner) og døgntilbud (sentralsykehusfunksjoner) innen psykisk helsevern på alle tre lokalsykehus. Regionale funksjoner og hoveddelen av forskningen innen psykisk helsevern legges til det offentlige lokalsykehuset i Sentrum for å sikre en faglig spyspiss innen psykisk helsevern og rus.

### **Barn**

I følge dialogkonferansen i fase I har pediatrien i hovedsak område- og regionsfunksjoner. Det er slik pediatrien hittil har vært organisert i Helse Sør-Øst. Begrunnelsen er at pediatrien omfatter et stort antall subspecialiteter, og at den foregår i et begrenset aldersintervall (0-16/18 år). For å få det pasientvolumet som er nødvendig for spisskompetanse, må derfor funksjonene samles. Med dette utgangspunkt tas det også til orde for at område- og regionsfunksjonene i pediatrien samles ett sted.

Selv om pediatrien i hovedsak har område- og regionsfunksjoner, kan polikliniske pediatriske tjenester organiseres som lokalsykehusfunksjon, avhengig av lokale vurderinger. Dette bør i så tilfelle organiseres i samarbeid med en områdesykehusavdeling. Det anbefales derfor at pediatere som praktiserer på sykehus uten barneavdeling knyttes til en barneavdeling. Slik tilknytning kan skje på flere måter, enten gjennom faglig samarbeid, eller gjennom at legen er ansatt på barneavdelingen.

Det har vært diskutert i hvilken grad det ville være ønskelig å samle alle regionale tjenester til barn ett sted, inklusiv kirurgi, ortopedi, intensiv med mer, ved å etablere et barnesenter. Likeledes er det diskutert i hvilken grad barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) bør følge voksenpsykiatrien eller pediatrien. I dag er BUP en integrert del av barnekliviken på Rikshospitalet og kvinne/barn-divisjonen på Ullevål. Et argument for dette er at det bidrar til en samlet biopsykososial tilnærming til alvorlig og kronisk syke barn. Det vanlige er imidlertid at BUP er organisert sammen med VOP, men med etablerte rutiner for samarbeid med pediatrien. Et eget spørsmål knyttet til BUP, er fordeling av ressurser mellom denne og voksenpsykiatrien. Både tidligere Helse Øst og Sør hadde vedtatt styringsmål svarende til en fordeling av ressurser mellom BUP og VOP på 20/80 og dette videreføres.

Når det gjelder tjenester til barn, er det også behov for å utrede organiseringen av barne-nevrologi/habilitering. Helse- og omsorgsdepartementet har under oppstart arbeidet med en

egen handlingsplan for habilitering av barn og unge. Videre er det i dag slik at opptaksområdene for disse funksjonene går på tvers av de foreslåtte sykehusområdene. Her er det behov for en opprydding. På tross av at de fleste habiliteringstjenester skal løses på lokalt nivå, er det også behov for å vurdere nye regionale funksjoner, blant annet knyttet til akutt rehabilitering av barn med ervervede hjerneskader. Ledernettverket for barnehabiliteringstjenestene i Helse Sør-Øst har i innspill til Helse Sør-Øst bedt om at det etableres en egen prosess og utredning i forhold til videreutvikling av regional funksjoner innen habiliteringsfeltet i sluttfasen av hovedstadsprosessen.

### **Anbefaling til videre arbeid**

- Helse Sør-Øst vil utrede nærmere organiseringen av tjenestene til barn, herunder barne- og ungdomspsykiatrien og habiliteringstjenestene (i fase III).
- Det bør være pediatriske poliklinikker på mange lokalsykehus. Dette skal organiseres i samarbeid med barneavdelingen i sykehusområdet.
- I sykehusområde Sentrum vil regions- og områdefunksjonene innen pediatrien samles for å skape et robust fag- og forskningsmiljø.

### **Særskilt om sykehusområde Sentrum**

Befolkningsutvikling i Oslo skiller seg noe fra utviklingen ellers i landet. For det første er befolkningsveksten større. Mens 22,7 % av Norges befolkning bor i Oslo/Akershus, har i flere år ca. 40 % av befolkningsveksten kommet i dette området.<sup>17</sup> Bak veksten ligger en kontinuerlig naturlig økende tilvekst som følge av økte fødselstall, kombinert med redusert antall døde, samt netto innflytning. Det er innflytting som fører til den sterke veksten.

Oslo skiller seg også fra resten av landet ved at over 30 prosent av innvandrerbefolkningen i Norge bor i Oslo. Hver fjerde Oslo-borger har innvandrerbakgrunn (ca. 131 000 personer).<sup>18</sup> Andelen forventes å øke i årene fremover. Innvandrere med ikke-vestlig bakgrunn utgjør 19 % av Oslos befolkning, men det er store variasjoner mellom bydelene.<sup>19</sup> De bydelene som har flest ikke-vestlige innvandrere er Grorud (34,0 %), Stovner (36,4 %), Alna (36,8 %) og Søndre Nordstrand (40,1 %).

Gjennomsnittlig levealder i Oslo i 2001-2005 lå i underkant av ett år under landsgjennomsnittet. Dette til tross for høy forventet levealder på vestkanten i Oslo.<sup>20</sup> Årsaken er betydelige forskjeller i helse i Oslo etter sosioøkonomisk bakgrunn. Selv om sosial ulikhet i helse er et problem i hele Norge, er forskjellene spesielt store internt i Oslo og de er størst for menn. Forskjellen i gjennomsnittlig levealder for menn som bor i Vestre Aker og på Sagene er hele 13 år. Man finner de samme sosiale ulikhetene i helse enten man måler i forhold til inntekt, utdanningsnivå, yrke eller bosted. Forskjellene gjenfinnes mellom hver sosioøkonomisk gruppe i hierarkiet, noe som tilsier at dette ikke bare er et fattigdomsproblem. Forskjellene i helse mellom sosiale grupper har blitt større, ikke mindre, de siste tiårene, og forskjellene gjenfinnes for de fleste mål på helse, ikke bare forventet levealder. Det siste betyr at mange av de kroniske lidelsene og livsstilssykdommene som i dag øker, herunder diabetes, KOLS, astma, psykiske plager, rusavhengighet og muskel- og skjelettlidelser, både har høyest forekomst og øker særlig i grupper med kort utdanning, lav inntekt, minoritets-

---

<sup>17</sup> Oslo-Speilet 6, 2007

<sup>18</sup> <http://www.ssb.no/emner/02/01/10/innvbef/>

<sup>19</sup> Oslo-Speilet 6, 2007

<sup>20</sup> Beskrivelse av helsesituasjonen og helseforskjellene i Oslo. Bidrag til en ny hovedstadsmelding. Redaktør: Bjørn Heine Strand, Bidragsytere: Anne Johanne Søgaaard, Sidsel Graff-Iversen, Liv Grøtvedt, Kari Alvær, Jørgen Meisfjord, Bjørn Heine Strand.

bakgrunn, blant eldre og i utsatte bo- og arbeidsmiljøer. Dette bidrar til nye sosiale forskjeller i levealder og helse.

Oslo har også andre særegne utfordringer som må sees i sammenheng med at Oslo er landets hovedstad og største by. Selv om det finnes dårlige tall på dette, antas at problemer knyttet til rusmisbruk er større i hovedstaden enn ellers i landet.<sup>21</sup> Rusmisbruk og psykiske lidelser er overlappende problemer. Også når det gjelder psykisk helse antas at utfordringene i Oslo er større enn gjennomsnittet i Norge.

Oslo skiller seg ut i forhold til resten av landet også når man ser på utformingen av spesialisthelsetjenesten. Sykehusområdet Sentrum betjenes av tre offentlig eide foretak, dvs. Ullevål Universitetssykehus, Rikshospitalet og Aker Universitetssykehus, i tillegg til to private sykehus, dvs. Lovisenberg Diakonale sykehus og Diakonhjemmet sykehus. Av totalt 7041 sykehussenger i Helse Sør-Øst befinner 2392 (34 %) seg ved disse sykehusene.<sup>22</sup> Tilsvarende finnes hele 1991 av 4626 legeårsverk (43 %) her. Dette må sees i sammenheng med at RH og UUS har mange regions- og landsfunksjoner i tillegg til at de yter tjenester til Oslos befolkning. Også Aker og Diakonhjemmet har regionsfunksjoner.

Andre særtrekk ved spesialisthelsetjenesten i Sentrum, er at det er korte avstander mellom sykehusene, og at mange av sykehusene tilbyr de samme tjenestene. Både spesialiserte og regionale funksjoner finnes flere steder. En kartlegging viser at det for 23 av 28 fagområder i dag finnes avdelinger med regionsfunksjoner på to steder. I tillegg har flere av sentrums-sykehusene et bredt utvalg av spesialiserte tjenester og lokalsykehusfunksjoner under samme tak. Det skaper komplekse organisasjoner, og gjør trolig at noen pasienter behandles på et for høyt nivå, noe som er uheldig både ut fra faglig kvalitet og god ressursutnyttelse. En annen konsekvens av organiseringen i Oslo, med dublering av funksjoner og ikke tydelig nok arbeidsdeling mellom sykehusene, er uoversiktighet for brukerne og for førstelinjetjenesten.

En viktig side ved aktiviteten i Sentrum er at særlig Rikshospitalet, men også Ullevål, Aker og Diakonhjemmet er tillagt landsfunksjoner innen ulike fagfelt. Helse Sør-Øst RHF har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet, i foretaksmøtet i januar 2008, å sikre at Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner blir ivaretatt.

Det er også et særtrekk ved Sentrum at det er mange avtalespesialister. 32 % av alle avtalespesialister innen somatikk i Helse Sør-Øst RHF befinner seg i Oslo. Mens de øvrige sykehusområdene i stor grad må levere polikliniske spesialisthelsetjenester selv, vil slike tjenester i Sentrum i større grad kunne leveres av avtalespesialister. Best mulig bruk av avtalespesialistenes ressurser, kreves god koordinering.

Tre av de fire universitetssykehusene i Helse Sør-Øst ligger i område Sentrum. Hele 61,9 % av all forskning i helsevesenet (målt i NIFU-poeng) skjer i Helse Sør-Øst. Av dette skjer mer enn 85 % (ca. 1210 av 1390 poeng) ved sykehusene i område Sentrum, som har mange tunge forskningsmiljøer, blant annet tre Centre of Excellence.

En særskilt utfordring for sykehusområde Sentrum, er en reduksjon i opptaksområde. De fem sykehusene som inngår hadde 610 000 innbyggere i sitt opptaksområde. Det nye sykehusområde Sentrum vil ha 450 000 innbyggere fra 2011, målt i dagens folketall, men forventes å øke til ca. 550 000 i 2025 pga. befolkningsveksten. Reduksjonen henger sammen med at når nye Ahus ferdigstilles i 2010, får kan dette sykehuset behandle flere pasienter enn tidligere. Dette vil ha betydning for den totale kapasiteten i Helse Sør-Øst. For å kunne tilby flest mulig pasienter behandling i nye lokaler som er bedre tilrettelagt for moderne medisin er det lagt opp til at sykehuset overtar ansvaret for å tilby befolkningen i Follo et samlet tjenestetilbud. Dette vil igjen bety at område Sentrum må redusere areal og

---

<sup>21</sup> NOU 2008: 2 Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak

<sup>22</sup> Vedlegg 3 i rapporten "Fremtidig struktur og kapasitet i hovedstadsområdet. Hovedstadsprosessen – delprosjekt 1.

kapasitet tilsvarende. Sykehusene i område Sentrum kjennetegnes av en betydelig bygningsmasse av varierende kvalitet.

Når man sammenholder ønsket utviklingsretning basert på nasjonal helsepolitikk og vedtatte prinsipper, generelle utviklingstrekk og utfordringer med Oslos særegne storbyproblemer og tjenesteapparat, fremgår det at det er et betydelig gap mellom målene og dagens situasjon. For å kunne tilby Oslos befolkning et differensiert tilbud med tydelige lokalsykehusfunksjoner på den ene siden og mer spesialisert tilbud på den annen, er det behov for å samordne sykehusene og endre oppgavedelingen mellom dem. Det må bli mindre dublering av spesialiserte og regionale funksjoner og færre sykehus med akuttkirurgi. Samling av spesialiserte funksjoner skal øke behandlingskvaliteten, bidra til at Helse Sør-Øst ivaretar regionale og nasjonale funksjoner på en tydelig, koordinert og kostnadseffektiv måte og styrke forskning og andre universitetsfunksjoner. Tydeliggjøring av lokalsykehusfunksjonene, samordning av somatikk, psykisk helse og rus på dette nivået og styrket samarbeidet med Oslo kommune og bydelene, skal bidra til vurdering og behandling av pasienter på riktige nivå, et oversiktlig system, der pasientene vet hvilket lokalsykehus de tilhører, gode og helhetlige pasientforløp og til et løft i forhold til de særskilte helseutfordringene i Oslo.

### **Modeller for struktur på tjenestetilbudet og innspill til dette**

I dette avsnittet omtales kun de spesielle forhold knyttet til funksjons- og oppgavefordeling i sykehusområde Sentrum. Alle de tidligere avsnittene med generelle tiltak, blant annet for lokalsykehusfunksjoner, samhandling med kommuner/bydeler, akuttfunksjoner, regionale og spesialiserte funksjoner, rus og psykisk helsevern mv, gjelder på lik linje for sykehusområde Sentrum.

For mer detaljerte beskrivelser vises til egen rapport fra område Sentrum.

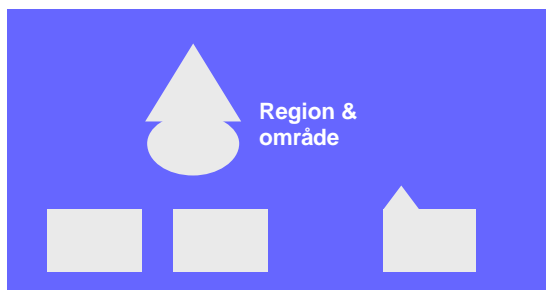
Som ledd i prosessen med å utarbeide forslag til ny struktur i Sentrum, som ivaretar målbildet gitt i styresaken, ble det utviklet flere modeller. I modellene ble det lagt vekt på å utforme riktig struktur på tjenestetilbudet for Sentrum. Modellene ble sendt på en innspillsrunde til sykehusene i Sentrum. I innspillsrunden ble det presisert at man tok utgangspunkt i et langsiktig fremtidig målbilde, for eksempel 2020, og at utviklingen skulle bidra til å nå dette målbildet ved tiltak på kort og lang sikt.

To modeller står igjen som aktuelle alternativer etter innspillsrunden:

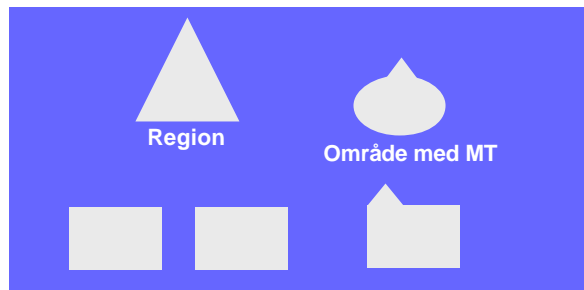
- Modell 1 – Samling av region- og områdenivået og tre robuste lokalsykehus
- Modell 2 – Et regionsykehus med landsfunksjoner, et områdesykehus med multi-traume og tilhørende regionfunksjoner og tre robuste lokalsykehus

**Felles i begge målbildene**

3 robuste lokalsykehus med basistilbud i akutt somatikk, psykiatri og rus og betydelig innslag av planlagt virksomhet  
Ett av lokalsykehusene vil i ha regionsfunksjoner i psykiatri og rus

**Modell 1**

*Ett samlet somatisk region- og områdesykehus – et faglig kraftsenter for regionen og landet, og områdesykehus for Hovedstaden Sentrum.*

**Modell 2**

*Et somatisk regionsykehus for regionen og landet, med landsfunksjoner og hoveddelen av regionsfunksjonene*

*Et områdesykehus, med Multitraume og tilhørende regionsfunksjoner*

Det fremkom i innspillrunden bred tilslutning til å samle lokalsykehusfunksjonene til færre enheter. Fra de spesialiserte sykehusene ble det påpekt at det er behov for å utvikle robuste og gode fagmiljøer ved lokalsykehusene, slik at disse blir i stand til å yte god kvalitet og god faglig bredde innenfor sine fagområder. Det fremkom også i innspillrunden tilslutning til å legge DPS, akutfunksjoner og døgntilbudet på lokalsykehusnivået, i tråd med rådene fra gruppen som arbeidet med psykisk helse. De aller fleste sluttet seg også til å legge regionsfunksjoner og forskning innen psykisk helsevern til ett av lokalsykehusene. Forutsetning for en slik modell, er at det sikres en god tilknytning til øvrige forskningsmiljøer.

En slik løsning for lokalsykehusfunksjonene kan man oppnå ved å samle de nåværende lokalsykehusfunksjonene ved UUS og Aker, samt funksjoner innen psykisk helsevern og rus ved disse sykehusene, og i tillegg videreføre avtalene med de to private sykehusene som Helse Sør-Øst har driftsavtale med. Dette vil gi tre robuste lokalsykehus med basistilbud i akutt somatikk, psykiatri og rus og en betydelig planlagt virksomhet, for eksempel elektiv kirurgi, dialyse og oppfølging av kronisk syke pasienter. Den elektive virksomheten bør i flere tilfeller være funksjonsfordelt mellom sykehusene, for å muliggjøre spesialisering og optimal kvalitet og ressursutnyttelse. Spesielt gjelder dette elektiv kirurgi.

Å samle fagmiljøet fra UUS og Aker i ett offentlig lokalsykehus i Sentrum vil gi synergi og samordning innenfor psykisk helse, rus og somatikk. I tillegg vil dette gi mulighet for å utvikle et storbytilbud for å møte de særskilte utfordringene som finnes i Oslo som følge av sosial ulikhet i helse, storbylivsstil, mange med fremmedkulturell bakgrunn mv.. Sist men ikke minst vil dette skape en regional spydspiss innen forskning på psykiatri og rus.

I innspillrunden ble det foreslått som *en modell* å samle alle somatiske lands-, regions- og områdefunksjoner i et faglig kraftsenter for regionen og landet (modell I). Sykehuset etableres med utgangspunkt i Ullevåls somatiske område- og regionsfunksjoner og Rikshospitalets lands- og regionsfunksjoner. Sykehuset vil være regionsykehus for Helse Sør-Øst, områdesykehus for sykehusområde Sentrum og i tillegg ha en rekke landsfunksjoner. En slik samling er i tråd med de faglige anbefalingene fra dialogseminarene. Modellen innebærer at alle regionsfunksjonene og all akuttkirurgi samles til ett foretak. Dermed vil modellen sikre god samordning mellom multitraume og akuttkirurgi. Modellen innebærer en rendyrking av spesialiserte funksjoner, dvs. en full differensiering der alle lokalsykehusfunksjoner og spesialiserte funksjoner atskilles. Dette vil sikre en maksimal tydeliggjøring av lokalsykehusfunksjonene også i Oslo.

Et målsetting for denne modellen er en størst mulig samling på felles lokalisasjon. Det må ytterligere utredes hvordan de bygningsmessige forhold rundt en slik samling skal løses. Helse Sør-Øst har gjennomført et omfattende kartleggingsarbeid av eksisterende bygningsmasse eiet av RHF'ets helseforetak. Kartleggingen gir en oversikt over bygningsmassens tekniske tilstandsgrad og det nødvendige investeringsbehovet som er nødvendig for å oppgradere bygningene til en riktig standard. Område sentrum kjennetegnes av en betydelig bygningsmasse av varierende kvalitet. I Sentrum er bygningsmassen på Rikshospitalet Gaustad og deler av Aker og UUS av god kvalitet, mens mye av den øvrige bygningsmasse på Aker og UUS har betydelig oppgraderingsbehov. På Radiumhospitalet (del av Rikshospitalet HF) er det de siste årene investert i strålebygg, forskningsbygg og nå planlagt hotell, mens den øvrige del av bygningsmassen er av gjennomgående dårlig forfatning. Som oppfølging er det behov for å konkretisere hvilke bygg som bør videreutvikles, og hvilke behov som finnes for oppgradering og nybygg ved en ny samordnet sykehusstruktur.

I innspillrunden var det en bred tilslutning til et fremtidig mål bilde med samling av spesialiserte funksjoner i tråd med denne modellen. Det ble påpekt at dette vil kunne et bedre tilbud for pasientene, sterkere fagmiljøer og bidra til å styrke forskningen. Videre ble det påpekt at modellen ivaretar landsfunksjonene og vil ved utbygging av Rikshospitalet på Gaustad føre til en samlokalisering med de prekliniske universitetsfunksjonene på Gaustad. Modellen ble også støttet av gruppen som har arbeidet med å se på organisering av universitetsfunksjoner (se eget avsnitt om gruppens forslag). I innspillrunden ble det i tillegg påpekt på at en samling av spesialiserte funksjoner vil kunne gi økonomiske innsparinger ved fremtidig drift, som følge av blant annet færre dublerede funksjoner og vaksjikt og koordinerte investeringer.

*En alternativ modell* for et fremtidig mål bilde er at de spesialiserte funksjoner organiseres med to hovedlokalisasjoner (modell II). Dette vil innebære at lands- og regionsfunksjoner i størst mulig grad samles ett sted. For enkelt fag bør de suppleres med områdefunksjoner, siden regionfunksjonene kan ha for lite omfang til å forsvare egen lokalisering. Akuttkirurgi, multitraume med nødvendige regionfunksjoner og områdefunksjoner for sykehusområde Sentrum samles et annet sted. Denne modellen likner nåværende struktur, med den viktige forskjell at alle lokalsykehusfunksjoner samles i tre atskilte lokalsykehus og at det søkes å samle regionsfunksjonene i størst mulig grad.

En problemstilling som har fått spesiell oppmerksomhet i Sentrum, er samling av kirurgiske akuttfunksjoner og forholdet mellom akuttkirurgi og multitraume. Prinsippene legger til grunn at akuttkirurgi (bløtdelskirurgi og ortopedi) skal samles ett sted. I Sentrum vil ikke reisetider/avstander mellom sykehusene tale mot dette. Det er allikevel reist tvil om samling er faglig riktig, på grunn av de faglige avhengigheter mellom medisin og kirurgi, samt konsekvensen for rekruttering. I tillegg har det vært reist tvil om samling er praktisk mulig og/eller hensiktsmessig. Viktig for disse vurderingene er hva som er det samlede volumet av akuttkirurgi i område Sentrum. Dette er kartlagt i prosessen i Sentrum. Det kom mange innvendinger mot de tall som ble benyttet i innspillsnotatet, og disse tallene er derfor revurdert i endelig rapport. Andre faktorer av betydning for lokalisering av akuttkirurgien er at det må være et betydelig volum akuttkirurgi sammen med multitraume for at kompetansen skal opprettholdes og driften bli effektiv. En annen faktor er at det kirurgiske akuttsykehuset (områdenivå) i utgangspunktet også har ansvaret for de elektive områdefunksjonene. Dette vil påvirke intensivbehovet, sengebehovet mv. I følge prinsippene skal det være elektiv kirurgi også på lokalsykehusene. Videre er det tatt opp om det vil være hensiktsmessig å lokalisere såkalt "utsatt" akuttkirurgi sammen med elektive funksjoner. Dette er akuttkirurgi som kan skje på dagtid (eventuelt dagen etter skaden skjedde), for eksempel enkelte typer bruddbehandling. Det er også fremmet som argument i denne debatten at man av beredskapshensyn bør ha mer enn ett sykehus med akuttkirurgi i Oslo.

I begge modeller forutsettes at akuttkirurgi samles ett sted, og at elektiv kirurgi også legges på lokalsykehusene. Fordelingen av den elektive kirurgien er ikke tatt stilling til. Det er heller

ikke tatt stilling til om det sammen med elektiv kirurgi kan legges noe "utsatt" akuttkirurgi. Et argument for det siste er at det, dersom man velger modell I, vil være ønskelig å redusere volumet av akuttkirurgi på dette sykehuset.

I innspillrunden ble det påpekt, både for lokalsykehusfunksjoner og for de mer spesialiserte funksjoner, at det ved fysisk samling av funksjoner, eller organisatorisk samling under felles ledelse, vil være viktig at kompetanse- og forskningsmiljøer ivaretas på en god måte, og at de berørte miljøer deltar i planlegging og gjennomføring. Det ble også pekt på at det vil være viktig med tydelighet omkring valg av modell, og om beslutninger om og tidspunkt for organisatorisk samling.

For Helse Sør-Øst RHF vil det bli viktig å velge den modellen som i sterkeste grad ivaretar pasientenes behov for tjenester av høy kvalitet. Det vil i praksis innebære å velge den modellen som i størst mulig grad oppfyller prinsippene fra styrevedtaket i april. Det er også et mål for Helse Sør-Øst at regionen har et medisinsk behandlings- og forskningsmiljø som kan levere vesentlige bidrag til den medisinske utviklingen og som har kompetanse og kapasitet til å fange opp internasjonale endringer i diagnostikk og behandlinger på alle fagfelt. For å oppnå dette er det blant annet nødvendig å videreutvikle landsfunksjonene og å styrke forskningen.

## **Organisasjonsstruktur og ledelse**

De modellene som over er beskrevet, er modeller for tjenestetilbudet, som angir oppgavefordeling mellom enheter. Med utgangspunkt i disse må det så utformes organisatorisk og ledelsesmessig struktur. Målet er at organisasjons- og ledelsesmodeller skal understøtte kjerneaktiviteten og i størst mulig grad realisere kvalitative og kvantitative gevinster for pasientene, for de ansatte, for regionen og i forhold til nasjonale behov.

Innen sykehusområdene kan god koordinering sikres ved etablering av en felles ledelse, jmfør avsnittet om koordinering og styring innenfor sykehusområder. Styringsmodellen må imidlertid sikre nødvendig fokus på alle sentrale deler av virksomheten. I sentrum vil den store bredden i oppgaver, herunder både lands-, region-, område- og lokalsykehusfunksjoner, samt universitetsfunksjoner og stor forskningsaktivitet, medføre en fare for at en felles ledelse ikke klarer å ha tilstrekkelig fokus på alle viktige oppgaver. Helse Sør-Øst RHF har, jmfør tidligere, fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å sikre at Rikshospitalets rolle som høyspesialisert universitetssykehus med mange formelle landsfunksjoner blir ivaretatt.

Når det gjelder modell I, der alle somatiske lands- og regionsfunksjoner samt områdefunksjoner for Sentrum samles på en hovedlokasjon, vil det måtte gjennomføres en organisatorisk samling til ett helseforetak mellom de somatiske regions- og områdefunksjonene på Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet. Dette vil gi samsvar mellom tjenestetilbudet (tjenestestruktur) og ledelsesmessig struktur, og vil fremme optimalisering av tjenestestruktur (ingen dubleringer, samling av spesialiserte funksjoner mv. jmfør tidligere) og endringsprosesser for å etablere denne. Aker Universitetssykehus fortsetter som et maksimalt differensiert lokalsykehus under egen ledelse. Alternativet er at alle tre sykehus legges under en ledelse i ett helseforetak. Fordi man i Sentrum har private sykehus, vil dette likevel ikke gi ett helseforetak i sykehusområdet. Det ansvarsmessige spennvidden for ledelsen i et slikt helseforetak vil kunne bli for stor, illustrert med at det vil omfatte både avtaler og lokal kontakt med Oslo kommune, og utvikling og drift av landets største sykehus med de mest spesialiserte funksjonene. Innenfor en slik organisering vil det for eksempel kunne være vanskelig å ivareta videreutvikling av landsfunksjonene og de mest avanserte forskningsmiljøene på en god nok måte. Også lokalsykehusfunksjonene vil kunne bli skadelidende under en slik organisering.

Når det gjelder modell II, der lands- og regionsfunksjoner i størst mulig grad samles ett sted, mens akuttkirurgi, multitraume, samt de regionsfunksjoner som er knyttet til multitraume, organiseres sammen med områdefunksjonene for sykehusområde Sentrum, innebærer

denne modellen at aktivitet på områdenivå videreføres på Ullevål. Her er aktuell organisasjonsmodell at det etableres egne helseforetak for henholdsvis lands- og regionsfunksjoner, for multitraume- og områdefunksjoner og for lokalsykehusfunksjoner. Det vil innebære at det blir tre statlige foretak og i tillegg til de to private lokalsykehusene.

For di man i sykehusområde Sentrum ikke vil ha ett helseforetak som dekker all aktivitet, uansett hvordan de offentlige sykehusene organiseres, vil det i dette sykehusområdet være behov for overordnede samarbeidsavtaler mellom sykehusene/helseforetakene, jmfør tidligere avsnitt.

## **Storbylegevakt**

Det er et nært samarbeid mellom Oslo kommune og sykehusene i sykehusområde Sentrum og Øst, jmfør blant annet rapporten fra sykehusområde Sentrum. En viktig del av samarbeidet mellom Helse Sør-Øst og Oslo kommune i dag handler om Legevakten i Storgata. Med utgangspunkt i bred enighet om Legevaktens viktige rolle, ble partene våren 2008 enige om å iverksette en utredning om fremtidens storbylegevakt. Utredningen skal belyse hva som vil være en ønskelig og visjonær videreutvikling av legevakten for de neste 5 år og for perioden frem mot år 2020. Det overordede målet for arbeidet er å legge grunnlaget for en storbylegevakt tilpasset befolkningens nåværende og fremtidige behov og ønsker, storbyens spesielle utfordringer og de muligheter den medisinske og teknologiske utviklingen gir. Det har også vært viktig å avklare legevaktens plass i behandlingsskjeden for hovedstadens befolkning, deriblant kapasitet og innhold. En del av visjonen er at sykehus-tilbudet i Oslo skal fremstå som forståelig for pasienter og fastleger, og at Legevakten skal fungere som en dør inn, med god triage dvs. vurdering og avklaring av videre behandlingsforløp, og på den måten redusere unødige innleggelser.

Utredningsarbeidet er delt i to faser, et forprosjekt og et hovedprosjekt. Mandatet for forprosjektet var å utrede ønsket innhold i og omfang av fremtidens storbylegevakt, samt organisering og fremdrift for hovedfasen, der formålet vil være å utrede fremtidig ansvars- og oppgavedeling, samt finansiering og mulig lokalisering.

I rapporten, som ble levert 14.april, er vurderingen at dagens legevakt fungerer godt, men at det er rom for forbedringer. Det slås fast at en forutsetning for en moderne og effektiv legevakt med god behandlingskvalitet er en faglig sterk tilknytning til et akutt sykehus. Det finnes i dag en slik tilknytning, men relasjonen anbefales styrket for å legge til rette for at flere typer sykehusspesialister skulle kunne yte faglig støtte til legevakten ved behov. Dette, i kombinasjon med en større observasjonspost, kan bidra til at flere pasienter kan ferdigbehandles uten innleggelse i sykehus. En annen sentral anbefaling er en organisering med enhetlig ledelse for hele legevakten. Rapporten inneholder en rekke andre tilrådinger, herunder forslag til organisering av hovedfasen.

Forprosjektrapporten ble sendt på en innspillsrunde til helseforetakene i mai. Her var det flere helseforetak som påpekte at videre arbeid med en fremtidig storbylegevakt må sees i nær sammenheng med innholdet i akuttfunksjon ved sykehus, lokalsykehusfunksjonen samt grensesnittet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre fremdrift for prosjektet vil fastsettes av styringsgruppa, som består av ledelsen i Helse Sør-Øst RHF og Oslo kommune.

## **Anbefalinger for videre arbeid**

Følgende er en kortfattet oversikt over tema som må adresseres i forbindelse med det videre arbeidet i Sentrum. Tidsplan og arbeidsform vil variere på tvers av temaene, og er fortsatt under utarbeidelse. Noen tema vil være egne prosjekter, noen vil være delprosjekter/arbeidsstrømmer i større prosjekter, noen vil drives av RHFet og noen vil drives av HFene. Når det gjelder tidsplan vil noen tema kreve et betydelig arbeid, kanskje over flere måneder. De fleste tema bør imidlertid ha funnet en løsning innen utgangen av året, slik at man fra 1. januar 2009 kan være fokusert på å gjennomføre endringer.

- *Planlegge gjennomføring av modelluavhengige tiltak:* En rekke tiltak som er beskrevet i denne rapporten ansees å være uavhengige av modellvalg. For disse vil følgende områder vurderes i den videre oppfølgingen:
  - Overføring av områdefunksjoner for Asker og Bærum fra Rikshospitalet til Sykehusområde Vest
  - Samling av akuttkirurgi til én lokasjon i Sentrum, i Kirkeveien sammen med Ullevåls akuttkirurgi og multitraumevirksomhet. En må her særlig vurdere hensiktsmessigheten av et slikt tiltak på kort sikt sett ut i fra hvilken type infrastruktur dette krever, og hvilken kapasitet Ullevål har til å ta i mot disse funksjonene.
  - Flytting av Ullevåls lokalfunksjoner til Akers sykehusanlegg på Sinsen
  - Samling av flest mulig av regionsfunksjonene på Rikshospitalet (i første omgang hematologi, barnekirurgi og plastikkirurgi fra Ullevål, endokrinologi og urologi fra Aker). Plassering av karkirurgi (vaskulære sykdommer) fra Aker er ikke avklart.
  - Nærmere planlegging av Storbylegevaktens rolle og plassering i relasjon til lokal- og områdesykehuset.
  - Vurdere beste fremtidige organisering av visse område- og regionfunksjoner som ikke er blitt behandlet i fase 2.

Selv om tiltakene ansees å være modelluavhengige og at planlegging av gjennomføring kan iverksettes, gjenstår det for flere av tiltakene viktige vurderinger. Et eksempel på dette er innspill fra enkelte sykehus om at man kan vurdere å ha enklere akuttkirurgi og/eller "delayed emergency" på lokalsykehus. Et annet eksempel er at samling av regionsfunksjoner på Rikshospitalet bør sees i en større sammenheng som også inkluderer hva som vil være mulig dersom man går for å realisere Modell 1.

- *Planlegge kapasitets- og ressurstilpasning i Sentrum i forbindelse med Ahus' overtakelse av opptaksområde.* Når Ahus overtar et opptaksområde på 160 000 mennesker må kapasiteten i Sentrum justeres tilsvarende ned. Videre vil Ahus sannsynligvis ha et behov for å justere opp sin personellmessige kapasitet. Ahus må i løpet av høsten estimere sitt behov for personellmessig kapasitet for å håndtere det nye opptaksområdet. Planleggingen av hvordan ressurstilpasningen i Sentrum og på Ahus skal gjennomføres vil startes i løpet av høsten.
- *HF-struktur:* Som en del av arbeidet med fremtidig HF-struktur vil det også utføres et arbeid for å etablere tydelige mandater for eventuelle fusjonsprosjekter. Et slikt mandat vil inkludere premisser, mål, rammer og krav til fusjonsprosjektet. I mandatet vil en søke å være så tydelig som mulig på hvilke rammer som gjelder for fusjonen, det vil si hvilke beslutninger som allerede er tatt (og dermed er premisser for fusjonen) og hvilke prinsipper som skal gjelde for løsningsutvikling. Prinsipper for løsningsutvikling kan omfatte prinsipper for organisering, lokalisering, ledelse og andre tema. Videre vil det som del av dette arbeidet også bli sett på tidsplan for implementering.
- *Lokalisering og arealdisponering:* Lokalisering og arealdisponering har så langt ikke vært gjenstand for nøye vurdering. RHFet konstaterer at det finnes ulike synspunkter på lokalisering. Dette gjelder både modell 1 (lokalisering av henholdsvis region- og områdesykehuset og lokalisering av lokalsykehuset), og modell 2 (lokalisering av lokalsykehuset). I nær fremtid vil det være aktivitet på alle av dagens lokasjoner. Det vil imidlertid være nødvendig å etablere en plan for hvilke lokasjoner som skal være fremtidens lokasjoner, slik at investeringer og volumforflytninger kan kanaliseres i rett retning.
- *Tildeling av oppgaver til lokalsykehusene:* I løpet av fase 2 har lokalsykehusenes rolle blitt beskrevet og det er også beskrevet en struktur med 3 lokalsykehus. I neste fase

vil det bli gjort et arbeid med tanke på å vurdere opptaksområder for de tre sykehusenes, samt tildeling av oppgaver når det gjelder elektiv virksomhet.

- *Medisinske støttetjenester:* Medisinske støttetjenester, spesielt laboratorier og radiologi, er et område der det antas å finnes samordningsgevinster mellom sykehusene i Sentrum, og potensielt også mellom sykehus i Sentrum og sykehus i tilgrensende sykehusområder. Arbeidet med å identifisere slike gevinster og skissere mulige løsninger for hvordan medisinske støttetjenester skal håndteres i Sentrum vil starte i august.
- *Ikke-medisinske støttetjenester:* Det vil finnes samordningsgevinster mellom sykehusene i Sentrum også innen ikke-medisinske støttetjenester. Rikshospitalet og Ullevål har allerede initiert utredning av samarbeid på dette området. Det er naturlig at dette arbeidet videreføres og eventuelt også utvides og inngår i det regionale omstillingsprogrammet innenfor HR, IKT og innkjøp.
- *Prehospitale tjenester:* Prehospitale tjenester for sykehusene i Sentrum og for flere sykehus utenfor Sentrum håndteres i dag av Ullevål Universitetssykehus. Både inndelingen i sykehusområder og valg av modell for sykehusstruktur i Sentrum gjør det naturlig å vurdere hvordan prehospitale tjenester bør håndteres i fremtiden. For Helse Sør-Øst er det viktig å sikre prehospitale tjenester som er av god kvalitet og samtidig ressurseffektive. Dersom dette betyr at den beste løsningen er at et sykehus i ett sykehusområde betjener sykehus i et annet område, er dette et relevant løsningsalternativ. Det vil gjøres et arbeid på dette området i løpet av høsten.
- Helse Sør-Øst vil videreføre samarbeidet med Oslo kommune, blant annet om utredning og etablering av ny storbylegevakt i Oslo.

De endringer som vil være aktuelle i 2009, vil berøre et begrenset antall ansatte. I disse prosessene vil det være viktig å ivareta medvirkning for omstillingene. Det vil her være viktig at man gjør risiko- og sårbarhetsanalyser, slik at man får lagt hensiktsmessige planer for gjennomføring.

### **Felles kontaktpunkt for brukere/publikum**

Det vil i fase 3 av Hovedstadsprosessen bli foretatt en vurdering og evt. planlegging av en pasienttelefon etter mønster av de vellykkede lanseringer av dette i Stockholm og København. Formålet med en pasienttelefon er å etablere en åpen linje mellom pasienter og sykehus, både i forkant av innleggelse og gjennom hele pasientforløpet for å sikre at pasienten kommer til riktig sted til riktig tid første gang. Telefonen vil evt. først bli implementert i Sentrum med mulighet for å utvide til resten av regionen. Den åpne telefonlinjen vil bli tilgjengelig for alle, både pasienter og leger i primærhelsetjenesten. Implementering vil kreve IT-tilpasninger.

### **Kompetanse- og fagutvikling**

Omstillinger stiller krav til kompetanse- og fagutvikling. Det gjelder særlig når omstillingene har som mål å bidra til nye former for samhandling og arbeidsdeling, slik omstillingsprogrammet i Helse Sør-Øst søker. Omfanget av omstillinger som forventes, og hva som vil være de gode løsningene, vil imidlertid variere avhengig av geografi og demografi og andre lokale forhold. Det betyr at hvilken kompetanse som er nødvendig, og hvilke kompetanse- og fagutviklingstiltak som kreves, vil variere mellom sykehusområder og helseforetak. Å sikre riktig og oppdatert kompetanse hos ansatte er et lederansvar. Ledere må definere hvilken kompetanse som trengs, og avklare samsvaret/gapet mellom behovet og hva som finnes.

For å sikre pasienter med kroniske og sammensatte lidelser helhetlige tjenester, vil det være behov for personell med breddekompetanse og kompetanse om samhandling med første-linjen og øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Breddekompetanse er evnen til å vurdere

helheten ut fra et bredt faglig perspektiv, og den kunnskap, kompetanse og teknologi som kreves for å ivareta pasienter med uavklarte og sammensatte problemstillinger.<sup>23</sup> Team- og samhandlingskompetanse forutsetter kunnskap om de man skal samarbeide med, dvs. om deres kompetanse og roller, og om hvordan helsetjenesten fungerer som system. Slik kompetanse vil det særlig være behov for ved lokalsykehusene, men også de spesialiserte sykehusene vil trenge denne typen kompetanse, fordi også de skal behandle pasienter med sammensatte lidelser. Bredde- og samhandlingskompetanse er ikke bare et resultat av det enkelte helsepersonells kompetanse, men må også sikres gjennom organiseringen av tjenestene. Verken på individ- eller organisasjonsnivå eksisterer slik kompetanse i tilstrekkelig grad i dag. Det er derfor behov for tiltak på flere områder.

Viser her til at mange av de anbefalte tiltakene vil inngå i regionens HR strategi som er lagt frem som sak 067 for styret 19.juni 2008.

### **Anbefalinger til videre arbeid**

- Tverrfaglig arbeid og kunnskap om hverandres kompetanse, rolle og bidrag til pasientens behandling må understøttes gjennom både teoretisk undervisning og organisering av praksisplasser og hospiteringsordninger mv..
- For å skape synergi og bidra til helhetlige pasientforløp bør det søkes etablert løsninger der sykehusspesialister bidrar inn i pasientbehandling i primærhelsetjenesten.
- Gjensidig hospitering mellom lokalsykehus og kommunehelsetjenesten (herunder fastlegene), og mellom lokalsykehus og mer spesialiserte sykehus bør etableres for å skape nødvendig kunnskap for samhandling.
- Lokalsykehus må ta initiativ til at det etableres formelle samhandlingsarenaer for kunnskapsformidling mellom fastleger, avtalespesialister og lokalsykehuset.
- Fagutvikling er en kontinuerlig prosess som krever særlig ledelsesfokus. Det må legges til rette for fagutvikling både på system- og individnivå.

### **Universitetsfunksjoner**

Utredningen av universitetssykehusenes struktur og funksjon er gjennomført på oppdrag av Samarbeidsorganet for Universitetet i Oslo (UiO) og Helse Sør-Øst RHF. Utredningen inngår som delprosjekt i Hovedstadsprosessen og skal bidra til en optimalisering av universitetsfunksjonene (forskning og undervisning) i helseforetakene. Utredningsgruppen har ønsket å bidra til etableringen av ett koordinert forsknings- og utdanningssystem på høyt internasjonalt nivå i Helse SØ. Her er referert gruppens sammendrag av egne konklusjoner.

Utredningsgruppen definerte universitetssykehus som: "Sykehus som har undervisning av medisinerstudenter som en definert hovedoppgave. Undervisningen skal være forskningsbasert. Dette krever at universitetssykehusene har betydelig bredde og tyngde i forskningsmiljøene."

Grappa påpeker at øndrede pasientstrømmer i hovedstadsregionen påvirker den kliniske undervisningen og forskningsaktivitetene ved sykehusene. Samtidig pågår en rask faglig utvikling. Forskningen i dag krever tverrfaglighet, og god sammenheng mellom grunnforskningen og den kliniske forskningen. Dagens komplekse teknologi stiller høye krav til utdanningen. I dagens Norge er forskningsmiljøene gjennomgående for små, for fragmenterte og for lite strategisk bevisste. Dette reduserer muligheten for å håndtere utfordringene og forløse utviklingspotensialet.

---

<sup>23</sup> Lokalsykehusenes fremtidige rolle, av Den norske lægeforening 2006.

Utredningsgruppen diskuterte hvordan fremtidens prioriterte forskning kan forankres i en forskningsprofil for Helse Sør-Øst. Forskningsprofilen bør omfatte flere innad koordinerte profilområder innenfor et helhetlig system som bygger på eksisterende gode miljøer. Innenfor profilområdene etableres forskningsnettverk eller toppforskningssentre, som skal bidra til å styrke forskningens internasjonale gjennomslagskraft. Profilområdene bør omfatte både spiss- og breddeforskning, hele forskningsspekteret fra grunnforskning til anvendelse, og alle nivåer i helsetjenesten fra allmenn til spesialisert behandling.

Utredningsgruppen anbefaler etableringen av et universitetssykehussystem (USS) i Helse Sør-Øst, i tett samhandling med Universitetet i Oslo. Dette skal bestå av:

- En kjerne (et USS-nav) som skal understøtte forskningsaktiviteten og forskningskvaliteten i hele systemet gjennom forskningsnettverk og tilgjengelighet. Sykehus i kjernen må ha et regionalt klinisk ansvar, grunnutdanning av medisinerere som en definert hovedoppgave, drive omfattende forskning, og ha et hovedansvar for å understøtte innovasjon.
- Andre sykehus med grunnutdanning av medisinerere som en definert hovedoppgave og med omfattende forskning der hovedvekten er på klinisk forskning og translasjonsforskning.
- Øvrige sykehus i regionen som driver forskning.

Utredningsgruppen anbefaler at Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus skal utgjøre den tett integrerte kjernen i systemet med en samlet administrasjon, nært knyttet til UiO. Akershus universitetssykehus som et stort og moderne område sykehus blir tilknyttet kjernen med en samarbeidsavtale og viktige oppgaver innen utdanning og forskning. Det samme gjelder Aker universitetssykehus, som i fremtiden eventuelt kan fusjoneres med kjernen. Øvrige helseforetak i Helse Sør-Øst inngår i USS ved hjelp av forskningsnettverk og bilateral koordinering av forskning og utdanning.

Arbeidsgruppas rapport vil bli sendt på en separat høring av Samarbeidsorganet for Universitetet i Oslo (UiO) og Helse Sør-Øst RHF. Innholdet inngår i tillegg som en del av grunnlaget for regional strategi. Et viktig poeng er at denne utredningen primært fokuserer på undervisning og forskning i relasjon til UiO. Undervisning og forskning i regi av høyskolesektoren og andre samarbeidende miljøer utenom UiO er i liten grad innbefattet. Helsefaglig forskning blir således utgangspunkt for en egen handlingsplan som oppfølging av forskningsstrategien i Helse Sør-Øst.

## ***Utdanning og forskning***

Utdanning og forskning er to av de lovpålagte oppgavene for alle sykehus. Lokalsykehusene skal betjene flertallet av pasientene i sykehusets opptaksområde. Pasienter med de vanligste lidelsene skal kunne behandles her. Dette er pasientgrupper det er viktig for studenter å møte, og dette er pasientgrupper det er viktig at det drives forskning i forhold til. I tillegg vil lokalsykehusene være viktige samhandlingsarenaer i forhold til førstelinjetjenesten. Også samhandling er det viktig at studenter lærer om, og det er viktig at det utvikles mer forskningsbasert kunnskap om temaet. Alle dagens universitetssykehus i Helse Sør-Øst har lokalsykehusfunksjoner, men omfanget av dette vil endre seg som følge av Hovedstadsprosessen. Når man legger til grunn at det overordnede målet for omstillingsprosessen er at pasientenes behov skal være førende for struktur av og innhold i tjenestene, tilsier dette at lokalsykehus bør ha en sentral rolle innenfor grunnutdanning av helsepersonell, at de bør delta i spesialistutdanningen av leger, og at det må finne sted klinisk forskning ved lokalsykehus.

For å oppnå kvalitet i undervisning og forskning ved lokalsykehus, kan man vurdere å bruke de samme virkemidlene når det gjelder akademiske stillinger, som i forhold til kliniske stillinger. Dvs. at man kan vurdere bruk av hospitering og rotasjon mellom sykehusene for

universitetsansatte, evt. kan forskningskompetente medarbeidere fra universiteter, høyskoler og andre institusjoner ha bistillinger ved ikke-universitetssykehus, og forskningskompetente ansatte ved ikke-universitetssykehus ha bistillinger ved universiteter og høyskoler.

Omstruktureringene i Helse Sør-Øst, og spesielt i sykehusområde Sentrum, vil kunne få betydning for utdanningsløp og praksisplasser. Helseforetakene og det regionale helseforetaket har ansvar et for å sikre gode praksisplasser/læringsarenaer. Hvilke konsekvenser omstillingene har for denne lovpålagte oppgaven, vil følges opp som del av konsekvensutredningene som skal gjennomføres i neste fase.

Det regionale helseforetaket har et ansvar for å benytte alle tildelte hjemler for leger under spesialistutdanning, og på den måten bidra til at det utdannes tilstrekkelig antall spesialister innen de ulike medisinske spesialitetene. Likeledes har man ansvar for utdanning av øvrig helsepersonell, inklusive praksisplasser for høyskoleutdannende. For å møte pasientenes behov vil det i årene fremover fremfor alt være behov for flere geriatere, psykiatere, flere med ruskompetanse (ikke egen medisinsk spesialitet i dag) og flere med spesialitet/kompetanse innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Det vil også være økende behov for annen kompetanse i sykehus, herunder sivilingeniører, pedagoger, fysikere etc.

Endelig forslag til forskningsstrategi ble lagt frem styret i Helse Sør-Øst på møtet 22. mai 2008. Styret godkjente det fremlagte utkast til forskningsstrategi for Helse Sør-Øst for perioden 2008-2011. I forbindelse med styrebehandlingen ble det presisert at ressursinnsatsen til forskning skal styrkes over tid og at fem prosent av driftsbudsjettet er et langsiktig mål for ressursbruk til forskning og innovasjon og utviklingsarbeid knyttet til forskning og innovasjon. Tempoet i økningen vil være avhengig av den generelle budsjettssituasjonen i Helse Sør-Øst RHF. Finansiering av forskning skal skje innenfor tilgjengelige budsjetttrammer. Målene for ressursinnsatsen til forskning er satt eksklusiv ekstern finansiering. En nærmere redegjørelse for forskningsfinansieringen for 2009 legges frem for styret i juni.

I sitt vedtak la styret til grunn at det legges til rette for forskning av høy kvalitet ved alle helseforetak.

Det regionale forskningsutvalget skal sette sammen bredt av aktive forskere fra helseforetakene som et rådgivende organ for styret og administrerende direktør. Forslag til sammensetning og mandat for det regionale forskningsutvalget legges frem i sak 067 19.juni 2008. Styret ba om at det regionale forskningsutvalget utarbeider konkrete handlingsplaner som ledd i implementeringen av forskningsstrategien. Handlingsplanen legges frem for styret i oktober 2008.

Helse Sør-Østs nye forskningsstrategi bygger på Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006-2011). Strategien har spesielt fokus på forskning, men omhandler i tillegg innovasjon og kommersialisering. Det skal utvikles en egen handlingsplan for innovasjon i perioden og senest innen 1.oktober 2008.

Styret ønsker at forskningsstrategien evalueres etter at perioden er over og at foreslåtte indikatorer inngår i evalueringsarbeidet. I tråd med strategien vil følgende bli fulgt opp:

- Det skal være klinisk forskning av høy kvalitet ved lokalsykehus, jft. styrets vedtak i sak 050-2008 "Forskningsstrategi for Helse Sør-Øst".
- Forskning ved lokalsykehus må utvikles ved etablering av forskningsnettverk/forpliktende samarbeid med tunge forskningsinstitusjoner/forskningsmiljøene på område- og regionsykehus.
- Kvalitet og etikk i forskning må ivaretas gjennom tydelige ansvarslinjer for forskning i alle helseforetak samt formelle veilederfunksjoner og tilknytning av enkeltforskere til allerede etablerte forskningsmiljøer.

- Forskningsmidler må styres mot områder der det er behov for ny/oppdatert kunnskap og kompetanse. Forskning og innovasjon på samhandlingsfeltet bør stimuleres ved bruk av insentiver.

### **Anbefalinger til videre arbeid**

- Det bør arbeides for at bkalsykehusene får en sentral rolle i grunnutdanningen av helsepersonell, i nært samarbeid med universitetssykehusene.
- Det bør utredes hvordan man gjennom grunn- og videreutdanningene for leger og sykepleiere best kan etablere den breddekompetanse og akuttmedisinsk kompetanse som det er behov for i helsetjenesten.
- Universitetsressurser til undervisning bør benyttes også ved lokalsykehus, når og i den grad universitetets undervisningsoppgaver og forpliktelser flyttes til lokalsykehus (uten egen universitetsfunksjon).
- Lokalsykehus bør inngå som praksissted i deler av utdanningstiden for flere medisinske spesialiteter. Dette kan være et viktig tiltak for å styrke breddekompetansen.
- Helse Sør-Øst vil, i tråd med oppdragsdokumentet for 2008, ved fordeling av utdanningsstillinger for leger, søke å styrke rekrutteringen til spesialitetene psykiatri/rus, geriatri og fysikalsk medisin og rehabilitering, i tillegg til de øvrige spesialitetene som er nevnt i oppdragsdokumentet (onkologi, lungemedisin mv.)
- Det må opprettes stillinger i generell indremedisin ved lokalsykehus og områdesykehus.
- Det må legges til rette for at ansatte innen alle relevante yrkesgrupper kan drive med forskning. Dette gjøres ved bla. å opprette kliniske stillinger der deler av arbeidstiden er avsatt til forskning knyttet til høgskole- og/eller universitetsmiljø.

### **Bedre bruk av de samlede ressurser**

God kvalitet gir som hovedregel god ressursutnyttelse. I tråd med dette er det en forventning om at implementering av prinsippene/målbildet for omstillingene vil gi bedre samlet ressursutnyttelse. Formålet med strukturendringene, herunder endringer i funksjons- og oppgavedeling, er å understøtte kvalitet i tjenestene og god drift. Det forventes for eksempel at behandling på riktig nivå (laveste effektive omsorgsnivå) og koordinerte behandlingsskjeder gir god ressursutnyttelse til pasientenes beste. Godt koordinerte behandlingsskjeder og god samhandling med kommunene, vil blant annet kunne redusere antallet unødige innleggelse. Videre er det å forvente at samling av spesialiserte funksjoner og samling/faglig koordinering av akuttfunksjoner innen kirurgi og ortopedi både vil gi bedre kvalitet og reduserte kostnader som følge av blant annet færre parallelle vaktlag. Tiltakene vil også overordnet sett, ved å bidra til bedre kvalitet, kunne redusere antallet feil og uheldige hendelser, som påfører helsetjenesten mange unødige kostnader, i tillegg til den lidelse de påfører pasientene.

Til tross for at gevinster er å forvente som følge av de omstillingene som foreslås, kan man ikke ta for gitt at disse oppnås. Tidligere omstillingsprosesser har vist at uten et kontinuerlig fokus på mål, knyttet både til faglig kvalitet og ressursutnyttelse, er det ikke sikkert at de forventede gevinstene oppnås. Evaluering av tidligere fusjoner bekrefter dette.<sup>24</sup> Det er derfor viktig både å sette klare mål for gevinster som skal realiseres, og definere tiltak, i form av en implementeringsplan, for å nå disse målene. Videre er det nødvendig med kontinuerlig ledelsesoppmerksomhet mot målene og oppfølging av tiltakene/planen.

---

<sup>24</sup> Evaluering av funksjonsfordeling og samordning av sykehusstrukturen i Oslo-området. Foreløpig resultater fra ØNH ØYE Undersøkelse av Vinod Mishra, Terje Hagen, Institutt for helseledelse og helseøkonomi.

Det vises til foretaksmøteprotokoller og den generelle økonomiske situasjonen i Helse Sør-Øst. Dette krever at helseforetakene driver kontinuerlig omstilling for å sikre kostnadskontroll og budsjettbalanse. I dette arbeidet må det legges opp til at omstillingstiltakene er i tråd med ønsket retning for utvikling i Helse Sør-Øst. I tråd med kravet fra eier om at sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst skal gjennomføres innenfor de samlede bevilgninger, må investeringer i forbindelse med omstillinger skje innenfor rammen. Det iverksatt tiltak for å ta ut stordriftsfordelinger innen stab, støtte innkjøp mv. Det forventes også at en mer effektiv arealutnyttelse gir bedre ressursutnyttelse, herunder mindre vedlikeholdsutgifter og dermed ressurser til nødvendige omstillinger.

## Evaluering

I tillegg til å ha fastsatte mål både i form av kvalitative og ressursmessige gevinster som skal hentes ut av utviklings- og omstillingsarbeidet, og en tydelig implementeringsplan med veldefinerte tiltak for å nå disse, vil det også være nødvendig å gjennomføre en evaluering av om målene faktisk oppnås. I denne sammenheng er det viktig at når det gjelder flere av de målene Helse Sør-Øst RHF har for omstillingene, vil disse være påvirket av en rekke andre faktorer enn de utviklings- og omstillingsarbeidet berører. For eksempel vil bedre kvalitet i kreftbehandlingen ikke bare kunne komme som en følge av økt sentralisering av behandlingstilbudet, men også som resultat av andre tiltak, som nasjonale faglige retningslinjer, samt andre tiltak som allerede er iverksatt, men som det tar tid å se resultatene av. På tross av dette vil Helse Sør-Øst følge følgende kvalitetsindikatorer:

- 5-års overlevelse for de fire store, dvs. prostata-, bryst-, lunge- og tykktarms- og endetarmskreft
- Pasienttilfredshet
- Andel av pasientene som får individuell plan
- Epikriser, jamfør nasjonal kvalitetsindikator
- Korridorpasienter, jamfør nasjonal kvalitetsindikator
- Nifu-poeng

I tillegg til å se på indikatorer for de overordnede kvalitetsmålene, kan det vil det være viktig å følge med på indikatorer som forteller om de faktiske endringene som Helse Sør-Øst ønsker i struktur og organisering av tjenestetilbudet, realiseres.

## Anbefalinger for videre arbeid

For å følge resultatet av omstillingen bør helseforetakene rapportere på følgende i årlig melding:

- Regionale funksjoner skal rapportere på fordeling i bruk av den regional funksjonen.
- Implementering av overordnede avtaler og systemer for å sikre koordinering innenfor sykehusområdet (forpliktende nettverk mellom helseforetakene), som sikrer faglig koordinering av akutfunksjoner og akuttmedisinske behandlingsskjeder, etablering av felles rutiner for innleggelse, behandling, utskrivning og faglig konferering innenfor sykehusområdet og ordninger for ambulerende, hospitering og rotasjon av personell.
- Dokumentasjon for at funksjoner som er sentralisert, og som derfor ikke skal gjøres av det aktuelle helseforetaket, faktisk ikke utføres.
- Etablering av entydig opptaksområde for lokalsykehusfunksjonen, som skal være den samme for somatikk, psykisk helsevern og rus

- Etablerte stillinger for personell med ønsket bred kompetanse, som generell indremedisin og geriatri
- Utviklingen av samarbeidet med kommunene/bydelene, herunder etablering av avtaler om rus og rehabilitering
- Dokumentere at volumet på de elektive tjenestene som ytes, er stort nok til å til at det er mulig å sammenligne behandlingsresultat med andre sykehus
- At utvikling av helseforetakenes akuttfunksjoner skjer med utgangspunkt i gode lokale prosesser, med bred involvering, innenfor sykehusområdene
- Etablering av plan for hvordan rehabiliteringstilbudet i sykehusområdet skal utvikles.
- Etablering av plan for hvordan tverrfaglig spesialisert rusbehandling i sykehusområdet skal utvikles
- Fordeling av ressurser innen psykisk helsevern mellom sykehus og DPS

## Konsekvenser/risiko

Noen overordnede former for risiko/konsekvensbetraktninger er gjennomført i forbindelse med fase 2, og basert på de vurderinger som er gjort i sykehusområdene. Hovedpunktene i dette arbeidet refereres nedenfor. I tillegg vil Helse Sør-Øst RHF til slutt i dette kapitlet anføre noen prinsipper og områder for mer detaljerte vurderinger som må gjøres i fase 3.

På et overordnet plan er det for Hovedstadsprosessen anført følgende risikoområder:

- Faren for redusert pasientkvalitet
- Faren for at velfungerende fagmiljø ikke blir tatt vare på
- Faren for uakseptable arbeidsmiljøkonsekvenser for ansatte
- Faren for at det utarbeides løsningsforslag som ikke i tilstrekkelig grad er samkjørt med kommunehelsetjenesten
- Faren for at man ikke parallelt med realisering av framtidige målbilder makter å holde tilstrekkelig fokus på andre nødvendige utviklingsoppgaver og økonomisk styring.
- Faren for at man ikke får til en realiserbar "totallogistikk" i gjennomføringsprosessen både med tanke på bygninger, investeringsmidler og kompetanse.
- Faren for at en velger organisasjonsmodeller som det i praksis er blir vanskelig å drive god styring innenfor
- Faren for at omstillingskostnadene blir større, og samordnings- og effektiviseringsgevinstene mindre enn forutsatt
- Faren for at man får utilsiktede kapasitetsvekst
- Faren for at Helse Sør- Øst tiltrekker seg ennå flere spesialister på bekostning av landet for øvrig
- At man ikke etablerer nok gjennomføringskraft

## Overordnede konsekvensvurderinger

Det foreligger beskrivelser av overordnede konsekvenser fra arbeidet som er gjort i sykehusområdene. Disse kan summeres opp som følger:

- Pasientbehandling: Essensen av endringsforslagene er knyttet til å samle fagmiljøer og skape mer robuste enheter, samt etablere robuste miljøer på lokalsykehusene. Dette antas å ha positiv effekt på pasientbehandlingen både gjennom dokumenterte volum/kvalitet sammenhenger, og ved at sterkere fagmiljøer vil kunne drive et kontinuerlig forbedringsarbeid som vil komme pasienten til gode.

Faremomentene er knyttet til overgangsfaser og mulig uro/endringsstress blant ansatte, som kan ha negativ konsekvens på pasientbehandlingen.

- **Forskning og utdanning:** Essensen av endringsforslagene er knyttet til å samle fagmiljøer og skape mer robuste enheter, samt etablere robuste miljøer på lokalsykehusene. Dette antas å ha positiv effekt på forskning og utdanning. Et tydeliggjort skille mellom region- og lokalsykehusfunksjoner forutsetter samarbeid både om forskning og utdanning, slik at man både får nok volum og "cases" i forskningen og nok bredde i utdanningen.
- **Konsekvenser for ansatte:** Essensen av endringsforslagene er knyttet til å samle fagmiljøer og skape mer robuste enheter, samt etablere robuste miljøer på lokalsykehusene. Dette kan ha både positive og negative konsekvenser på kort og lang sikt.

Mange vil anse det som positivt å være en del av et større og mer samlet fagmiljø, og det har blitt framholdt at vissheten om å drive god og riktig pasientbehandling virker positivt inn på arbeidsmiljøet.

Mulige negative konsekvenser er knyttet til opplevelsen av endringsstress, usikkerhet i forbindelse med omstillingen og frykten for å miste arbeidet.

- **Samhandlingen med kommunene:** Samhandlingen med kommunehelsetjenesten er avgjørende for at de foreslåtte endringsstrategier og forslag skal få en positiv effekt. Derfor er dette et særlig risikoområde.
- **Ressursanvendelse:** Hovedstadsprosessen er en kvalitetssatsing som også er forventet å ha positive konsekvenser for ressursanvendelsen i helseforetakene. Derfor er dette et kritisk risikoområde som må gjennomgås i fase 3.

## **Kompenserende tiltak**

For å kompensere for de mulige negative konsekvensene for pasientbehandling og ansatte, er det de samme tiltakene som vil være relevante:

- Det vil utarbeides en overordnet omstillingsavtale som ivaretar partenes rettigheter og plikter.
- Ved flytting av funksjoner må miljøer sikres ved at det gjennomføres risikoanalyser og utarbeides koordinerte implementeringsplaner. Tydelighet i beskrivelse av målbilde og hvordan man stegvis ønsker å gå frem blir avgjørende i all kommunikasjon.
- I den grad det blir flytting av ansatte eller sammenslåing av miljøer må det gjøres et godt forarbeid i vurdering av arbeidsmiljøutfordringer. En konsekvensanalyse som gjelder arbeidsmiljø skal være en del av beslutningsunderlaget slik at den kan være med på å påvirke tempo, tidsplassering og formen på strukturelle tiltak som gjennomføres.
- Alle flyttinger og restrukturering av funksjoner og enheter må ha en god kompetanse- og bemanningsplan som tidlig del av forberedelsen.
- For å ivareta ansatte og sikre et godt arbeidsmiljø blir det viktig at representanter fra de enkelte avdelinger deltar aktivt i den videre utvikling av endringsstrategi og løsningsforslag.
- Det må legges opp til ordninger som sikrer ansatte en riktig form for medvirkning særlig når det gjelder prosesser på tvers av foretak. Ansatte må være med i planprosessen og bidra til å utforme en forutsigbar og stegvis prosess.
- Prosessen må gjennomføres slik at en i størst mulig grad tar vare på godt fungerende faglige og sosiale arbeidsmiljø.
- Samhandlingen med kommunehelsetjenesten er gjenstand for separate prosesser i fase med løpende kontakt og involvering både mot KS og de enkelte kommuner.

- Det pågår et løpende arbeid med å beregne og sikre gevinster som en konsekvens av de forslag som er fremlagt i fase 2. Dette arbeidet vil videreføres og intensiveres i fase 3.

### ***Risikovurdering/konsekvensvurdering på ulike nivåer***

Før man med større sikkerhet kan si at en bestemt endring har en bestemt konsekvens, må det foreligge endringer og løsningsforslag ned på avdeling og post. På dette detaljeringsnivået vil det være mulig og ønskelig å gjennomføre detaljerte risiko og sårbarhetsanalyser som både sikrer kvalitet i pasientbehandlingen, det psykososiale arbeidsmiljøet for ansatte og at det finnes riktig kompetanse.

RHF Helse Sør Øst vil i samarbeid med helseforetakene, vernetjenesten og de tillitsvalgte videreutvikle og ta i bruk slik analysemetodikk og se til at det bygges opp kompetanse hos egne medarbeidere med tanke på gjennomføring av mer detaljerte analyser.

Gjennomføringen av slike analyser må ses i sammenheng med en mer detaljert tempoplan, der hovedprinsippet er at involveringen av de ansatte som blir berørt må skje i forhold til denne tempoplanen slik at man ikke uroer et konkret arbeidsmiljø før det er nødvendig og begrunnet i en faktisk og nært forestående endring.